

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

## **Сексуальне благополуччя осіб з проявами професійного вигорання**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 курсу ОС «Магістр»  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітньо-наукова програма «Клінічна  
психологія з основами психотерапії»)  
Смірної Анастасії Володимирівни  
Науковий керівник: асистент кафедри  
психодіагностики та клінічної  
психології, доктор філософії у галузі  
психології, Молотокас Антоніна  
Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №\_

Протокол № \_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

\_\_\_\_\_ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ....</b>	<b>8</b>
<b>ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ З ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ .....</b>	<b>8</b>
1.1. Поняття сексуального благополуччя: основні підходи та моделі .....	8
1.2. Професійне вигорання як феномен психічного здоров'я: концепції та фактори ризику .....	21
1.3. Зв'язок між сексуальним благополуччям і професійним вигоранням у державних службовців .....	31
Висновки до 1 розділу .....	42
<b>РОЗДІЛ 2. ....</b>	<b>46</b>
<b>МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ З ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....</b>	<b>46</b>
2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження .....	46
2.2. Формування вибірки та збір даних.....	51
2.3. Опис вибірки.....	52
Висновки до розділу 2.....	56
<b>РОЗДІЛ 3. ....</b>	<b>58</b>
<b>АНАЛІЗ ТА ІНТЕПРЕТИТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ З ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....</b>	<b>58</b>
3.1. Первинна обробка отриманих даних.....	58
3.2. Аналіз відмінностей соціально-демографічних груп за досліджуваними психологічними характеристиками .....	60
3.3. Встановлення зв'язків між показниками вигорання, сексуальним благополуччям та іншими психологічними характеристиками .....	79

3.4. Дослідження предикторів сексуального благополуччя державних службовців.....	82
Висновки до розділу 3.....	88
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>91</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>94</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>114</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Професійне вигорання є однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства, особливо серед представників професій, пов'язаних із високим рівнем відповідальності, інтенсивною взаємодією з людьми та значним емоційним навантаженням. Державні службовці, виконуючи регуляторні, адміністративні та управлінські функції, часто стикаються зі значними психологічними навантаженнями, що зумовлює розвиток емоційного виснаження, зниження особистісної ефективності та цинічного ставлення до роботи.

Окрім загальновизнаних негативних наслідків професійного вигорання для психічного та фізичного здоров'я, воно також впливає на різні аспекти особистісного благополуччя, включаючи сексуальне здоров'я та задоволеність сексуальним життям. Дослідження свідчать, що хронічний стрес і емоційне виснаження можуть призводити до зниження сексуального потягу, сексуальних дисфункцій, порушень у взаємодії з партнером та загального незадоволення власною сексуальністю. Незважаючи на важливість цього питання, у науковому дискурсі зв'язок між сексуальним благополуччям та професійним вигоранням залишається недостатньо вивченим, особливо в контексті державної служби, де сексуальне життя працівників рідко розглядається як важливий аспект їхнього загального благополуччя.

Водночас сексуальне благополуччя є важливим показником загального психологічного комфорту, рівня життєвої задоволеності та якості міжособистісних стосунків. Воно охоплює фізичні, емоційні та психологічні аспекти, включаючи сексуальне задоволення, самооцінку, сексуальну автономію, гармонійність інтимних стосунків та відсутність дискомфорту, пов'язаного із сексуальною сферою. Відповідно, вивчення впливу професійного вигорання на сексуальне благополуччя державних службовців є важливим як у теоретичному, так і в практичному аспектах, адже дозволяє розробити рекомендації щодо підтримки їхнього загального добробуту.

Таким чином, дослідження взаємозв'язку між сексуальним благополуччям та професійним вигоранням у державних службовців є актуальним та своєчасним, оскільки дозволяє краще зрозуміти механізми впливу професійного стресу на особистісні аспекти життя працівників та сприяє розробці програм профілактики та корекції наслідків вигорання.

**Мета дослідження:** виявити особливості взаємозв'язку між рівнем професійного вигорання та показниками сексуального благополуччя, а також визначити фактори, що впливають на сексуальну задоволеність і функціонування в контексті професійного вигорання.

**Завдання дослідження.**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз поняття сексуального благополуччя та професійного вигорання, а також виявити основні підходи до їх дослідження.
2. Проаналізувати відмінності у показниках сексуального благополуччя та професійного вигорання залежно від соціально-демографічних характеристик та умов праці.
3. Виявити зв'язки між рівнем професійного вигорання та показниками сексуального благополуччя.
4. Проаналізувати потенційні предиктори сексуального благополуччя.

**Об'єкт дослідження:** сексуальне благополуччя.

**Предмет дослідження:** сексуальне благополуччя осіб з проявами професійного вигорання.

**Методи дослідження.** Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового дослідження.

- теоретичні: аналіз, синтез і узагальнення наукових джерел щодо сексуального благополуччя та професійного вигорання, їх взаємозв'язку та впливу на психологічний стан;

- емпіричні: анкетування, тестування, зокрема, Нова шкала сексуального задоволення (NSSS); Копенгагенський опитувальник вигорання (СВІ); Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Обробку емпіричних показників здійснено з використанням методів математичної статистики: описова статистика – для аналізу середніх значень, медіани, моди та стандартних відхилень досліджуваних змінних; кореляційний аналіз Спірмена – для визначення зв'язку між рівнем професійного вигорання та показниками сексуального благополуччя; U-критерій Манна-Уїтні – для перевірки статистично значущих відмінностей між групами респондентів залежно від рівня професійного вигорання; регресійний аналіз – для визначення предикторів сексуального благополуччя державних службовців.

**Дослідницька вибірка.** У дослідженні взяли участь 150 державних службовців, серед яких 51 жінка та 99 чоловіків. Стаж роботи більшості респондентів 5-10 років. Опитування проводилося у форматі онлайн із використанням Google-Form.

**Наукова новизна одержаних результатів** дослідження полягає в тому, що набули подальшого розвитку положення про:

- взаємозв'язок між рівнем професійного вигорання та показниками сексуального благополуччя у державних службовців, що дозволяє виявити вплив емоційного виснаження на задоволеність інтимним життям і загальний психологічний комфорт;
- вплив соціально-демографічних чинників (стать, вік, сімейний стан) на показники сексуального благополуччя серед працівників державної служби;
- відмінності у рівні сексуального благополуччя між групами з різним рівнем професійного вигорання, що дозволяє краще зрозуміти особливості психологічного благополуччя у сфері професійної діяльності.

**Практичне значення одержаних результатів** дослідження полягає в тому, що виявлений зв'язок між рівнем професійного вигорання та сексуальним

благополуччям може бути використаний у розробці профілактичних заходів для зниження негативного впливу хронічного стресу на особистісне та сімейне життя державних службовців. Отримані результати можуть бути застосовані у сфері організаційної психології для створення програм психологічної підтримки працівників, зокрема через запровадження тренінгів з управління стресом, емоційного вигорання та збереження особистісного благополуччя. Дані дослідження можуть бути використані HR-службами та керівництвом державних установ для розробки стратегій збереження психологічного здоров'я працівників та підвищення їхньої загальної продуктивності. Отримані висновки можуть слугувати основою для консультаційної роботи психологів та психотерапевтів, які працюють з особами, що відчувають наслідки професійного вигорання та його вплив на інтимне життя. Дослідження доповнює наявні наукові напрацювання у сфері психології сексуальності та організаційної психології, що може стати базою для подальших досліджень впливу професійного стресу на особистісне благополуччя різних професійних груп.

**Достовірність і обґрунтованість наукових результатів** забезпечено ретельним визначенням основних припущень і обмежень при постановці мети та завдань дослідження; використанням репрезентативної вибірки та сучасних, надійних і валідних методик збору емпіричних даних; застосуванням перевірених і загальноприйнятих у науковій спільноті методів математико-статистичного аналізу; коректним підбором дослідницьких показників і критеріїв, а також поєднанням теоретичних напрацювань із результатами емпіричного дослідження.

**Структура та обсяг роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 170 найменувань, з них – 163 іноземною мовою, та 1 додаток. Дослідження містить 6 таблиць і 22 рисунки. Основний зміст викладено на 90 сторінках комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 132 сторінки.

## РОЗДІЛ 1.

# ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ З ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

### 1.1. Поняття сексуального благополуччя: основні підходи та моделі

Сексуальне благополуччя є комплексним та багатовимірним конструктом, який охоплює фізичні, психологічні, емоційні та соціальні аспекти сексуального здоров'я та життя людини. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає сексуальне благополуччя як стан фізичного, емоційного, психічного і соціального благополуччя щодо сексуальності, а не просто відсутність хвороби, дисфункції чи недуги (Ramlachan, 2024). Це також включає позитивний і поважний підхід до сексуальності та сексуальних стосунків, а також можливість мати приємний і безпечний сексуальний досвід, вільний від примусу, дискримінації та насильства (Finnerty, 2016). Це визначення підкреслює позитивний та всеохоплюючий характер поняття, що виходить за межі суто медичного підходу до сексуального здоров'я (Nho, 2021).

Концепція сексуального благополуччя пройшла значний еволюційний шлях у своєму розвитку. У середині ХХ століття дослідники зосереджувались переважно на фізіологічних аспектах сексуальності та репродуктивному здоров'ї. Піонерські роботи Альфреда Кінсі, Вільяма Мастерса та Вірджинії Джонсон заклали фундамент для наукового вивчення людської сексуальності, хоча їхній підхід був здебільшого зосереджений на біологічних аспектах сексуальної функції (Wylie, 2021). Лише у 1970-х роках, з розвитком феміністичного руху та сексуальної революції, розуміння сексуального благополуччя розширилося, включивши питання гендерної рівності, сексуальних прав та автономії.

Сучасне розуміння сексуального благополуччя характеризується міждисциплінарним підходом та включає суб'єктивний досвід та задоволеність власним сексуальним життям. Дослідження підкреслюють, що сексуальне благополуччя охоплює такі компоненти, як здатність до сексуального функціонування, задоволення, самоповага, емоційна сумісність із партнером, комфорт у вираженні сексуальних потреб і бажань (Martin, 2020; Yu, 2024). Важливим компонентом є також біологічні аспекти, що включають нормальне функціонування репродуктивної системи, відсутність сексуальних дисфункцій та здатність контролювати власну фертильність. Наприклад, дослідження показують, що сексуальна дисфункція може впливати на загальне задоволення життям, але не є єдиним показником сексуального благополуччя (Yu, 2024). Крім того, сексуальне благополуччя тісно пов'язане із загальним психологічним благополуччям, включаючи емоційний комфорт і задоволення у стосунках (Chernyavska, 2022).

Психологічний вимір сексуального благополуччя охоплює позитивну сексуальну самооцінку, відсутність тривоги та страхів, пов'язаних із сексуальністю, здорове ставлення до власного тіла та емоційну стабільність у сексуальних стосунках. Дослідження показують, що сексуальна самооцінка, сексуальна впевненість і відсутність тривожності є ключовими факторами, які впливають на сексуальне задоволення та психологічне благополуччя (Carrobes, 2011). Не менш важливою є соціальна складова, яка включає здатність будувати та підтримувати здорові інтимні стосунки, повагу до сексуальних прав інших людей, розуміння соціальних норм та культурних особливостей, а також доступ до сексуальної освіти та медичних послуг. Важливість соціальних факторів, таких як підтримка партнерських стосунків і розуміння соціальних норм, підкреслюється в дослідженнях, які вказують на їхній вплив на сексуальне благополуччя, особливо в старшому віці (Vasconcelos, 2024). Крім того, сексуальне благополуччя тісно пов'язане з правами сексуального громадянства, що включає рівність, свободу вираження та доступ до ресурсів (Lee, 2018).

Важливим аспектом розуміння сексуального благополуччя є його правове визнання та захист. Міжнародні організації та національні законодавства все частіше включають поняття сексуального благополуччя у свої нормативні документи. Декларація сексуальних прав Всесвітньої асоціації сексуального здоров'я (WAS) визначає фундаментальні права, пов'язані із сексуальним благополуччям, включаючи право на сексуальну автономію, тілесну недоторканність, сексуальну рівність, задоволення та всебічну сексуальну освіту (Ford, 2021; Coleman, 2021). Ці права базуються на міжнародних договорах і конвенціях, які визнають сексуальні права як частину загальних прав людини. Вони спрямовані на забезпечення доступу до інформації, медичних послуг і захисту від дискримінації та насильства (Kismódi, 2014). Декларація також підкреслює важливість сексуального задоволення як ключового компонента сексуального здоров'я, що має бути інтегроване в політики та програми охорони здоров'я (Coleman, 2021).

Розуміння сексуального благополуччя може суттєво варіюватися залежно від культурного контексту. Різні суспільства мають власні норми та цінності щодо сексуальності, які впливають на те, як визначається та оцінюється сексуальне благополуччя. Дослідження показують, що культурні норми, релігійні переконання, гендерні ролі та соціальні очікування впливають на сприйняття сексуальності та сексуального благополуччя. Наприклад, у деяких культурах сексуальність може бути більш відкрито обговорюваною, тоді як в інших вона залишається табуованою темою (Higgins, 2010; DeLamater, 2012). Культурно-специфічні гендерні ролі також відіграють важливу роль у формуванні сексуального благополуччя. У патріархальних суспільствах жінки можуть стикатися з обмеженнями у вираженні своєї сексуальності, що впливає на їхнє благополуччя (Kismódi, 2014). Релігійні та моральні переконання часто визначають прийнятні форми сексуальної поведінки, що може як підтримувати, так і обмежувати сексуальне благополуччя. Крім того, традиційні практики, такі як обрізання у жінок або ранні шлюби, можуть негативно впливати на сексуальне здоров'я та благополуччя в деяких регіонах (Ford, 2021).

Для наукових досліджень та практичного застосування важливою є операціоналізація поняття сексуального благополуччя. Сучасні дослідники дійсно використовують комплексний підхід, що включає як об'єктивні, так і суб'єктивні показники. Об'єктивні показники охоплюють фізичне здоров'я репродуктивної системи, відсутність сексуальних дисфункцій і доступ до медичних послуг (Yu, 2024). Суб'єктивні показники включають задоволеність сексуальним життям, якість інтимних стосунків, емоційний комфорт і узгодженість сексуального життя з особистими цінностями (Carrobbles, 2011). Такий підхід дозволяє враховувати як фізіологічні, так і психологічні та соціальні аспекти сексуального благополуччя, що є важливим для його оцінки в різних контекстах. Наприклад, інтеграція об'єктивних і суб'єктивних показників використовується в опитувальниках, таких як Sexual Quality of Life Questionnaire (SQoL), для вимірювання рівня сексуального благополуччя (Vasconcelos, 2024).

Сучасне визначення сексуального благополуччя є результатом тривалої еволюції наукової думки та суспільного розвитку. Воно базується на холістичному підході, який враховує фізичні, психологічні, емоційні та соціальні аспекти сексуальності, а також визнає індивідуальні відмінності та культурне різноманіття (Coleman, 2021; Yu, 2024). Акцент на позитивних аспектах сексуальності, таких як задоволення, автономія та рівність, є ключовим у сучасному підході (Ford, 2021). Інтеграція об'єктивних (фізичне здоров'я) та суб'єктивних (задоволеність, якість стосунків) показників дозволяє більш точно оцінювати сексуальне благополуччя (Vasconcelos, 2024).

Таке комплексне розуміння сексуального благополуччя дозволяє розробляти ефективні стратегії його підтримки та покращення на індивідуальному та суспільному рівнях, враховуючи всі аспекти людського досвіду та потреб. Це особливо важливо в контексті сучасного суспільства, де питання сексуального здоров'я та благополуччя набувають все більшого значення для загального якості життя людини.

Сексуальне благополуччя є складним і багатограним феноменом, що складається з взаємопов'язаних компонентів, які формують цілісну картину

сексуального здоров'я та задоволеності особистості. Розуміння цих компонентів має фундаментальне значення для комплексного підходу до оцінки та покращення сексуального благополуччя людини.

Фізичний компонент сексуального благополуччя є базовим і включає оптимальне функціонування репродуктивної системи та всього організму в цілому. Він охоплює нормальну роботу ендокринної системи, яка відповідає за вироблення статевих гормонів, здорове функціонування статевих органів, відсутність патологічних процесів та захворювань. Нормальна робота ендокринної системи, зокрема вироблення статевих гормонів, таких як тестостерон, естрогени та прогестерон, є ключовою для підтримки сексуального бажання та функції (Yu, 2024). Здорове функціонування статевих органів і відсутність патологій, таких як інфекції або хронічні захворювання, також є важливими для фізичного сексуального благополуччя (Ford, 2021). Важливими аспектами фізичного компоненту є також загальний стан здоров'я, рівень фізичної активності, якість сну та харчування, які безпосередньо впливають на сексуальну функцію та задоволеність.

Емоційний аспект сексуального благополуччя відіграє критичну роль у формуванні позитивного сексуального досвіду. Він включає здатність переживати широкий спектр емоцій, пов'язаних із сексуальністю – від ніжності та прихильності до пристрасті та збудження. Важливим є вміння розпізнавати, виражати та регулювати свої емоції в контексті сексуальних стосунків. Емоційна близькість з партнером, відчуття безпеки та довіри створюють основу для глибоких і задовільних сексуальних переживань. Дослідження підкреслюють, що емоційна близькість, довіра та здатність регулювати емоції значно впливають на сексуальне задоволення. Наприклад, емоційна підтримка та задоволення у стосунках є важливими предикторами сексуального функціонування, особливо у жінок середнього та старшого віку (Mernone, 2019). Дослідження серед студентів показало, що емоційна інтимність і довіра до партнера є настільки ж важливими для сексуального задоволення, як і фізичні аспекти сексу (Beckmeyer, 2021). Крім того, здатність до ефективного спілкування про сексуальні потреби значно

покращує емоційне та сексуальне благополуччя, особливо у жінок. Емоційна регуляція та здатність до побудови довірливих стосунків також є ключовими для подолання бар'єрів, пов'язаних із травматичним досвідом, і сприяють розвитку здорових романтичних стосунків (Canoy, 2025).

Психологічний компонент тісно пов'язаний з емоційним, але має свої специфічні характеристики. Він охоплює когнітивні аспекти сексуальності, включаючи установки, переконання та очікування щодо сексуального життя. Важливими елементами є позитивний образ тіла, адекватна сексуальна самооцінка, відсутність невротичних страхів та тривог, пов'язаних із сексуальністю. Психологічне благополуччя в сексуальній сфері передбачає здатність приймати власну сексуальність, розуміти свої потреби та бажання, а також ефективно обговорювати їх з партнером. Дослідження показують, що негативне сприйняття власного тіла, зокрема геніталій, може знижувати сексуальну самооцінку, задоволення та мотивацію уникати ризикованої поведінки (Schick, 2010). Сексуальна самооцінка та позитивний образ тіла також пов'язані з рівнем тривожності та депресії. Наприклад, у людей із порушеннями розвитку статі (DSD) низька самооцінка часто супроводжується тривогою, депресією та сексуальними проблемами (Grift, 2018). Крім того, здатність приймати власну сексуальність і ефективно комунікувати свої потреби партнеру є важливими для сексуального задоволення. Дослідження серед чоловіків середнього віку показало, що позитивна сексуальна самооцінка та образ тіла асоціюються з вищою сексуальною активністю та задоволенням (Christina, 2023).

Соціальний аспект сексуального благополуччя відображає здатність особистості будувати та підтримувати здорові сексуальні стосунки в контексті соціальних норм та очікувань. Це включає навички міжособистісної комунікації, вміння встановлювати та підтримувати близькі стосунки, здатність до емпатії та розуміння потреб партнера. Важливим є також соціальна підтримка, доступ до медичних послуг та інформації про сексуальне здоров'я, а також відсутність дискримінації та стигматизації в сексуальній сфері. Дослідження підкреслюють важливість соціальної підтримки та доступу до медичних послуг для

забезпечення сексуального благополуччя, особливо серед вразливих груп, таких як люди з інвалідністю або сексуальні меншини (Lee, 2016; Li, 2024). Відсутність дискримінації та стигматизації також є важливим фактором. Соціальні бар'єри, такі як упередження щодо сексуальності людей з інвалідністю або сексуальних меншин, можуть значно обмежувати їхнє сексуальне благополуччя, що вимагає активного втручання з боку соціальних служб (Lee, 2018).

Всі ці компоненти взаємодіють між собою, створюючи складну систему взаємовпливів. Ця взаємозалежність підкреслює необхідність холістичного підходу до розуміння та підтримки сексуального благополуччя.

Культурний контекст відіграє важливу роль у формуванні та вираженні кожного з компонентів сексуального благополуччя. Різні суспільства можуть мати відмінні норми та очікування щодо сексуальної поведінки, що впливає на те, як люди сприймають та оцінюють власне сексуальне благополуччя. Наприклад, у культурах із більш консервативними поглядами сексуальність може бути табуованою, що впливає на здатність людей відкрито обговорювати свої потреби та отримувати доступ до інформації про сексуальне здоров'я (Kismódi, 2014). Водночас у більш ліберальних суспільствах сексуальне благополуччя часто асоціюється з автономією, задоволенням і рівністю у стосунках (Ford, 2021). Індивідуальні відмінності, такі як релігійні переконання, гендерна ідентичність або сексуальна орієнтація, також впливають на сприйняття сексуального благополуччя, що підкреслює важливість права кожної людини на власне розуміння цього поняття (Maticka-Tyndale, 2008). При цьому важливо враховувати індивідуальні відмінності та право кожної людини на власне розуміння сексуального благополуччя в межах безпечної та етичної поведінки.

Гендерні особливості також значно впливають на прояви різних компонентів сексуального благополуччя. Соціальні очікування та норми щодо сексуальності можуть суттєво відрізнятися для чоловіків та жінок, що створює додаткові виклики для досягнення оптимального рівня сексуального благополуччя. Наприклад, дослідження серед сексуальних меншин показало, що

конформність до гендерних норм, особливо до фемінних, асоціюється з нижчим рівнем сексуального задоволення через внутрішню стигматизацію (Budge, 2019). Сексуальні стереотипи також впливають на жінок, обмежуючи їхню сексуальну автономію та задоволення. Наприклад, у португальських студентів виявлено, що гендерні ролі та подвійні стандарти знижують сексуальне задоволення, особливо у жінок у випадкових стосунках (Amaro, 2022). Крім того, дослідження серед темношкірих жінок показало, що расово-гендерні стереотипи можуть знижувати їхню впевненість у сексуальних рішеннях і доступ до інформації про безпечний секс, що негативно впливає на сексуальне благополуччя (Bond, 2021). Важливим є розуміння та подолання гендерних стереотипів, які можуть обмежувати сексуальне благополуччя особистості.

Вікові зміни та життєві етапи також впливають на прояви різних компонентів сексуального благополуччя. Протягом життя людини змінюються як фізіологічні аспекти сексуальності, так і психологічні потреби та соціальні обставини. Наприклад, у старшому віці зниження сексуального задоволення часто пов'язане з фізичними змінами, такими як менопауза, еректильна дисфункція або хронічні захворювання, а також із соціальними факторами, такими як втрата партнера (Tremayne, 2017). Дослідження показують, що сексуальне задоволення зменшується з віком, але залишається важливим для якості життя. Наприклад, у старших людей сексуальне задоволення позитивно впливає на адаптацію до старіння, зокрема на відчуття мети та соціальну підтримку (Miguel, 2024). Інтервенційні програми, спрямовані на покращення сексуального благополуччя, показали ефективність у підвищенні задоволення життям і сексуальним життям серед літніх людей (Humboldt, 2024). Крім того, нормалізація вікових змін і позитивні установки щодо сексуальності в старшому віці сприяють збереженню сексуального благополуччя (Vasconcelos, 2024). Розуміння цих змін та адаптація до них є важливим аспектом підтримки сексуального благополуччя протягом всього життєвого шляху.

Сучасні дослідження підкреслюють важливість інтеграції всіх компонентів сексуального благополуччя в практичній роботі фахівців у сфері

охорони здоров'я та психологічного консультування. Комплексний підхід, який враховує фізичні, емоційні, психологічні та соціальні аспекти, дозволяє більш ефективно працювати з проблемами сексуального здоров'я та благополуччя.

Розуміння та врахування всіх компонентів сексуального благополуччя має важливе значення для розробки програм сексуальної освіти, профілактики сексуальних проблем та терапевтичних втручань. Це дозволяє створювати більш ефективні стратегії підтримки сексуального здоров'я та благополуччя як на індивідуальному, так і на суспільному рівні.

Моделі сексуального благополуччя представляють собою теоретичні конструкти, які допомагають систематизувати та пояснити різноманітні аспекти сексуального здоров'я та задоволеності. Ці моделі розвивалися протягом десятиліть, відображаючи еволюцію наукового розуміння людської сексуальності та її впливу на загальне благополуччя особистості.

Біомедична модель, яка історично була першою систематичною спробою пояснити сексуальне благополуччя, зосереджується на фізіологічних аспектах сексуальності. Ця модель розглядає сексуальне благополуччя переважно через призму біологічного функціонування організму, гормональної регуляції та відсутності патологічних процесів. Наприклад, дослідження підкреслюють, що фізіологічні зміни, зокрема недостатність статевих гормонів після менопаузи, є основними факторами, що впливають на жіночу сексуальну дисфункцію (Simon, 2018). Згідно з цією моделлю, оптимальне функціонування репродуктивної системи та відсутність сексуальних дисфункцій є основними показниками сексуального благополуччя. Однак біомедична модель має обмеження, оскільки ігнорує психологічні та соціальні аспекти сексуальності. Наприклад, дослідження підкреслюють важливість інтеграції біопсихосоціального підходу для розуміння сексуального благополуччя, особливо в старшому віці (Vasconcelos, 2024). Незважаючи на свою обмеженість, біомедична модель залишається важливою для розуміння фізіологічних основ сексуальності.

Психосоціальна модель розширює розуміння сексуального благополуччя, включаючи психологічні та соціальні фактори. Ця модель підкреслює важливість

емоційного стану, когнітивних процесів, міжособистісних стосунків та соціального контексту у формуванні сексуального благополуччя. Відповідно до цієї моделі, психологічні фактори, такі як самооцінка, *body-image*, тривожність, та соціальні аспекти, включаючи якість стосунків та соціальну підтримку, відіграють ключову роль у сексуальному благополуччі особистості. Наприклад, дослідження показують, що низька самооцінка та незадоволення образом тіла пов'язані з підвищеною соціальною тривожністю, що може впливати на сексуальне благополуччя (Abdollahi, 2016; Jaapar, 2024). Соціальна підтримка та якість стосунків також відіграють ключову роль. Наприклад, дослідження серед жінок із безпліддям показало, що тривожність, самооцінка та задоволення тілом є важливими предикторами якості життя, включаючи сексуальне благополуччя (Youseflu, 2020). Ці дані підтверджують, що психосоціальні фактори є невід'ємною частиною сексуального благополуччя.

Інтегративна модель сексуального благополуччя об'єднує біологічні, психологічні та соціальні аспекти в єдину систему взаємопов'язаних компонентів. Ця модель визнає складну взаємодію між різними факторами та їх сукупний вплив на сексуальне благополуччя. Наприклад, дослідження підкреслюють, що сексуальне задоволення залежить не лише від фізіологічного стану, але й від якості стосунків, емоційної близькості та когнітивних уявлень про сексуальність (Therriault, 2022). Вона враховує як об'єктивні показники здоров'я, так і суб'єктивний досвід особистості, включаючи задоволеність сексуальним життям та якість інтимних стосунків. Наприклад, інтеграція сексуальних і реляційних ментальних уявлень у спогадах асоціюється з вищим рівнем сексуального благополуччя, включаючи гармонійну пристрасть і задоволення (Therriault, 2022). Крім того, інтегративний підхід дозволяє враховувати культурні, соціальні та індивідуальні фактори, які впливають на сексуальне благополуччя, що робить цю модель більш адаптивною до різних контекстів (Гупаловська, 2021).

Гендерно-специфічна модель сексуального благополуччя враховує відмінності між чоловіками та жінками у потребах, очікуваннях і патернах

сексуальної поведінки. Наприклад, дослідження показують, що жінки частіше стикаються з нижчим рівнем сексуального благополуччя через соціальні стереотипи та гендерні ролі, які обмежують їхню сексуальну автономію (Brandon-Friedman, 2023). У старшому віці гендерні відмінності також впливають на сексуальне благополуччя. Жінки частіше відчують незадоволення своїм тілом у сексуальному контексті, тоді як чоловіки демонструють вищий рівень сексуальної самооцінки (Træen, 2017). Крім того, гендерні ролі впливають на сприйняття сексуальних дисфункцій. Наприклад, у чоловіків сексуальні дисфункції частіше асоціюються з психологічним дистресом, тоді як у жінок вони більше впливають на задоволення у стосунках (Lazar, 2024). Ця модель підкреслює важливість врахування гендерних особливостей у розробці інтервенцій для покращення сексуального благополуччя.

Практичне застосування цих моделей має важливе значення для розробки ефективних стратегій підтримки сексуального благополуччя. Розуміння різних теоретичних підходів дозволяє обирати найбільш відповідні інтервенції та створювати комплексні програми сексуального здоров'я, які враховують множинність факторів та індивідуальні особливості клієнтів.

Сексуальна грамотність є важливим компонентом загального благополуччя, оскільки вона сприяє прийняттю інформованих рішень щодо сексуального життя та побудові здорових стосунків. Дослідження показують, що сексуальні знання, зокрема про репродукцію, контрацепцію та захворювання, позитивно впливають на сексуальне благополуччя, включаючи задоволення, асертивність і компетентність (Seifen, 2022).

Розуміння анатомії та фізіології дозволяє людям краще усвідомлювати свої тілесні процеси, розпізнавати потенційні проблеми зі здоров'ям і своєчасно звертатися за допомогою. Це особливо важливо для молоді, яка часто стикається з суперечливою інформацією про сексуальність (Collins, 2017).

Крім того, сексуальна грамотність допомагає формувати навички асертивної комунікації, що включає здатність висловлювати свої бажання,

встановлювати особисті кордони та розпізнавати ситуації потенційного насильства. Це сприяє побудові здорових і взаємоповажних стосунків (Shigeto, 2024).

Особливу роль у формуванні сексуальної грамотності відіграє розуміння концепції згоди та особистих кордонів. Здатність чітко комунікувати свої бажання та межі, а також поважати кордони інших є критично важливою для побудови здорових сексуальних стосунків. Дослідження підкреслюють, що розуміння згоди як динамічного процесу, що включає вербальні та невербальні сигнали, сприяє кращому усвідомленню меж і знижує ризик насильства (Schobert, 2021; Anderson, 2022). Навчання асертивній комунікації, включаючи вміння говорити "ні", є важливим компонентом сексуальної освіти (Beres, 2021).

Знання про методи контрацепції та захист від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), є невід'ємною частиною сексуальної грамотності. Наприклад, бар'єрні методи, такі як презервативи, залишаються ефективними для профілактики ІПСШ, але їх використання часто є недостатнім через брак знань або неправильні уявлення (Ramos, 2020). Регулярні медичні огляди та тестування на ІПСШ також є важливими для раннього виявлення та лікування інфекцій, що позитивно впливає на загальне сексуальне здоров'я (Petru, 2019).

Емоційний аспект сексуальної грамотності передбачає розвиток емоційного інтелекту в контексті сексуальних стосунків. Це включає здатність розпізнавати та виражати власні емоції, розуміти почуття партнера, справлятися з тривогою та невпевненістю, пов'язаними з сексуальністю. Дослідження показують, що емоційний інтелект, зокрема здатність управляти емоціями, може знижувати ризиковану сексуальну поведінку та сприяти більш здоровим стосункам (Sánchez-López, 2024). Емоційна грамотність допомагає будувати більш глибокі та задовольняючі інтимні стосунки (Rahmati, 2018).

Розуміння різноманітності сексуальних орієнтацій та гендерних ідентичностей також є важливим компонентом сексуальної грамотності. Це знання сприяє формуванню толерантного та інклюзивного ставлення до різних форм сексуального самовираження, допомагає подолати упередження та

створити більш прийнятне середовище для всіх людей незалежно від їхньої сексуальної орієнтації чи гендерної ідентичності. Дослідження підкреслюють, що розвиток емоційного інтелекту та емпатії позитивно впливає на ставлення до сексуальної та гендерної різноманітності, сприяючи соціальній гармонії (Rodríguez, 2020).

Критичне мислення щодо медійних повідомлень про сексуальність є важливим аспектом сексуальної грамотності в сучасному світі. Здатність аналізувати та фільтрувати інформацію, розпізнавати міфи та стереотипи, а також протистояти тиску медіа щодо ідеалів краси та сексуальної поведінки допомагає формувати більш здорове та реалістичне ставлення до сексуальності. Дослідження показують, що медіаграмотність знижує вплив гламуризованих і нереалістичних зображень сексуальності, сприяючи більш обґрунтованим рішенням серед молоді, (Evans-Paulson, 2023). Крім того, критичне ставлення до медіа може зменшити прийняття гендерних стереотипів і міфів про насильство (Evans-Paulson, 2023).

Сексуальна грамотність також включає розуміння правових аспектів сексуальності, включаючи знання про сексуальні права, законодавство щодо згоди, захист від дискримінації та насильства. Це знання допомагає людям захищати свої права та приймати юридично грамотні рішення щодо свого сексуального життя. Наприклад, медіаграмотність може бути інтегрована в освітні програми для підвищення обізнаності про права та відповідальність у сексуальних стосунках (Scull, 2018). Важливим компонентом сексуальної грамотності є розуміння взаємозв'язку між сексуальністю та загальним здоров'ям. Це включає знання про вплив способу життя, стресу, харчування та фізичної активності на сексуальне здоров'я, а також розуміння того, як сексуальне благополуччя впливає на загальне самопочуття та якість життя.

Отже, сексуальне благополуччя є багатовимірним поняттям, яке охоплює фізичні, психологічні, емоційні та соціальні аспекти. ВООЗ визначає його як стан загального благополуччя щодо сексуальності, а не лише відсутність хвороб чи дисфункцій. Сексуальне благополуччя також включає позитивний і поважний

підхід до сексуальності, рівність у стосунках та можливість безпечного досвіду без примусу та дискримінації. Розвиток концепції сексуального благополуччя пройшов еволюцію від фізіологічних аспектів у ХХ столітті до сучасного міждисциплінарного підходу. Воно включає сексуальне функціонування, задоволеність, емоційну сумісність, психологічний комфорт і соціальну підтримку. Сексуальне благополуччя також залежить від гендерних, культурних та вікових факторів. Існує кілька моделей сексуального благополуччя. Біомедична модель зосереджена на фізіологічному здоров'ї. Психосоціальна модель включає самооцінку, міжособистісні стосунки та соціальну підтримку. Інтегративна модель враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Гендерно-специфічна модель враховує вплив гендерних ролей та очікувань на сексуальне благополуччя. Сексуальна грамотність є ключовим чинником благополуччя, оскільки включає знання про анатомію, контрацепцію, права, комунікацію в стосунках та критичне мислення щодо медійних повідомлень. Вона допомагає ухвалювати інформовані рішення, будувати здорові стосунки та протидіяти дискримінації. Комплексний підхід до сексуального благополуччя дозволяє розробляти ефективні стратегії його підтримки, що сприяє загальному рівню життя та психологічному здоров'ю людини.

## **1.2. Професійне вигорання як феномен психічного здоров'я: концепції та фактори ризику**

Професійне вигорання є складним психологічним феноменом, який виникає як наслідок тривалого професійного стресу та емоційного перевантаження. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає професійне вигорання як синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий (Houmaini, 2021). Цей феномен характеризується виснаженням емоційних, фізичних та когнітивних ресурсів особистості.

Історично концепція професійного вигорання була вперше описана американським психіатром Гербертом Фрейденбергером у 1974 році, який спостерігав симптоми емоційного виснаження у працівників системи охорони здоров'я (Freudenberger, 1974). Подальші дослідження, проведені Крістіною Маслач та її колегами, розширили розуміння цього феномену та призвели до створення трикомпонентної моделі професійного вигорання, яка залишається актуальною до сьогодні (Maslach, 1984; Maslach, 2001).

Основними ознаками професійного вигорання є емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція професійних досягнень. Емоційне виснаження проявляється у відчутті спустошеності, втраті енергії та ентузіазму, неможливості відновитися навіть після відпочинку. Людина відчуває себе емоційно перевантаженою та нездатною адекватно реагувати на професійні виклики (Beheza, 2021).

Деперсоналізація виражається у формуванні цинічного ставлення до роботи та людей, з якими доводиться взаємодіяти в професійному контексті. Працівник починає сприймати клієнтів, колег та підлеглих як об'єкти, а не як особистостей, демонструє байдужість до їхніх потреб та проблем. Це може проявлятися у формі грубості, сарказму або повної відстороненості від професійних взаємодій (Griffin, 2010).

Редукція професійних досягнень проявляється у зниженні відчуття власної компетентності та продуктивності. Працівник починає негативно оцінювати результати своєї роботи, втрачає віру у свої професійні можливості та перестає бачити перспективи професійного розвитку. Це часто супроводжується зниженням самооцінки та відчуттям професійної неспроможності (Shaikh, 2024).

Розвиток професійного вигорання відбувається поступово і проходить через декілька стадій. На першій стадії спостерігаються надмірна включеність у роботу, ігнорування власних потреб та перші ознаки фізичного та емоційного виснаження. Людина може відчувати постійну втому, проблеми зі сном та зниження енергетичного рівня (Спринська, 2024).

Друга стадія характеризується посиленням симптомів виснаження та появою перших ознак відсторонення від професійної діяльності. На цьому етапі можуть виникати конфлікти з колегами, знижується якість виконання професійних обов'язків, з'являються психосоматичні симптоми. Людина починає відчувати розчарування у своїй роботі та професії в цілому (Вајаїа, 2023).

Третя стадія професійного вигорання проявляється у повному емоційному виснаженні та деперсоналізації. На цьому етапі людина втрачає інтерес до роботи, стає байдужою до результатів своєї діяльності, може проявляти агресію або повністю відсторонюватися від професійних контактів. Виникають серйозні проблеми зі здоров'ям, порушення сну, тривожні та депресивні стани (Shaltout, 2023).

Важливо відзначити, що професійне вигорання має свої специфічні поведінкові індикатори. До них належать прокрастинація, уникнення професійних обов'язків, збільшення кількості помилок у роботі, зниження ініціативності та креативності, конфліктність або надмірна пасивність у спілкуванні з колегами. Також можуть спостерігатися зміни в режимі харчування, зловживання алкоголем або іншими речовинами як спроба впоратися зі стресом (Сазонова, 2024).

Когнітивні прояви професійного вигорання включають труднощі з концентрацією уваги, погіршення пам'яті, складнощі у прийнятті рішень та плануванні діяльності. Людина може відчувати "туман у голові", нездатність чітко мислити та аналізувати інформацію. Це призводить до зниження ефективності роботи та посилення відчуття професійної неспроможності (Fernández-Sánchez, 2018).

Фізичні симптоми професійного вигорання можуть включати хронічну втому, головні болі, проблеми з травленням, порушення сну, зниження імунітету та часті захворювання (Nyatanga, 2014). Організм реагує на тривалий стрес соматичними проявами, які можуть стати хронічними, якщо не вжити відповідних заходів для подолання вигорання (Delgado, 2020).

Розуміння ознак та стадій професійного вигорання має критичне значення для його своєчасної діагностики та профілактики. Раннє виявлення симптомів дозволяє вжити необхідних заходів для запобігання розвитку більш серйозних наслідків для психічного та фізичного здоров'я працівника (Роепагу, 2021).

Психофізіологічні та емоційні наслідки професійного вигорання являють собою комплексний набір змін, які відбуваються на різних рівнях функціонування організму та психіки людини. Тривалий професійний стрес та емоційне виснаження призводять до серйозних порушень у роботі нервової, ендокринної та імунної систем, що супроводжується значними змінами в емоційній сфері та поведінці особистості.

На фізіологічному рівні професійне вигорання призводить до порушення роботи вегетативної нервової системи. Це проявляється у підвищенні рівня кортизолу – гормону стресу, що викликає цілу низку негативних наслідків для організму. Підвищений рівень кортизолу порушує нормальний добовий ритм, що призводить до розладів сну, проблем з травленням та послаблення імунної системи (Gheorghită, 2015). У людей з професійним вигоранням часто спостерігаються головні болі напруження, м'язові спазми, особливо в області шиї та спини, підвищений артеріальний тиск та порушення серцевого ритму.

Ендокринна система також зазнає значних змін під впливом хронічного професійного стресу. Порушується баланс гормонів, що може призводити до метаболічних розладів, проблем з вагою, порушень менструального циклу у жінок та зниження рівня тестостерону у чоловіків. Ці гормональні зміни часто супроводжуються зниженням лібідо та сексуальними дисфункціями, що негативно впливає на якість життя та міжособистісні стосунки (Calabró, 2019).

В емоційній сфері професійне вигорання проявляється насамперед у вигляді емоційного виснаження та притуплення емоційних реакцій. Людина відчуває постійну емоційну спустошеність, втрачає здатність радіти життю та отримувати задоволення від звичних речей. Розвивається емоційна холодність, байдужість до оточуючих, зникає емпатія та співчуття. Такі зміни особливо

помітні у професіях, пов'язаних з інтенсивним спілкуванням та емоційною працею (Skomorovska, 2023).

Тривожні та депресивні стани є частими супутниками професійного вигорання. Постійне відчуття тривоги може переростати в генералізований тривожний розлад, а відчуття безпорадності та безнадійності – у клінічну депресію. Людина може відчувати постійний неспокій, нав'язливі думки про роботу, страх перед майбутнім та відсутність перспектив. Ці емоційні стани часто супроводжуються соматичними симптомами, такими як порушення сну, зміни апетиту та фізична слабкість (Ryan, 2023).

Значних змін зазнає і система цінностей та життєвих пріоритетів людини. Професійне вигорання може призводити до втрати сенсу в роботі та житті в цілому, розчарування у професійних ідеалах, цинізму та знецінення досягнень. Людина може переживати кризу ідентичності, втрачати відчуття власної цінності та професійної компетентності (Smets, 2004).

Міжособистісні стосунки також страждають внаслідок професійного вигорання. Емоційне виснаження та деперсоналізація негативно впливають на якість спілкування з колегами, друзями та членами сім'ї (Tsirimokos, 2023). Людина може ставати більш конфліктною або, навпаки, замикатися в собі, уникаючи близькості та емоційної підтримки. Це може призводити до соціальної ізоляції та погіршення якості особистого життя (Meredith, 2020).

Важливо відзначити, що психофізіологічні та емоційні наслідки професійного вигорання можуть мати довготривалий характер та потребувати комплексного підходу до їх подолання. Без належного втручання та підтримки ці симптоми мають тенденцію до посилення та хронізації, що може призводити до серйозних порушень здоров'я та якості життя. Розуміння всього спектру психофізіологічних та емоційних наслідків професійного вигорання є критично важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та реабілітації. Це дозволяє створювати комплексні програми підтримки, які враховують як фізіологічні, так і психологічні аспекти відновлення працівників, що страждають від професійного вигорання.

Державна служба як особлива сфера професійної діяльності характеризується специфічними умовами праці та вимогами до працівників, що створюють унікальний комплекс факторів ризику розвитку професійного вигорання. Розуміння цих факторів має ключове значення для розробки ефективних стратегій профілактики та подолання професійного вигорання у державних службовців.

Організаційно-управлінські фактори відіграють першорядну роль у розвитку професійного вигорання державних службовців. Жорстка ієрархічна структура, надмірна бюрократизація процесів, постійні зміни в законодавстві та необхідність швидко адаптуватися до нових вимог створюють значне психологічне навантаження (Przychoska, 2024). Особливо стресогенним є поєднання високої відповідальності з обмеженими можливостями для прийняття самостійних рішень, що часто призводить до відчуття безпорадності та фрустрації (Carlotto, 2019).

Високе робоче навантаження та часовий тиск є характерними для роботи в державному секторі. Державні службовці часто змушені працювати з великими обсягами документації, дотримуватися жорстких дедлайнів та виконувати додаткові завдання поза межами своїх посадових обов'язків (Awashreh, 2024). Постійна необхідність працювати в режимі багатозадачності, часті понаднормові години роботи та недостатній час для відпочинку призводять до фізичного та емоційного виснаження (Rambe, 2024).

Політична нестабільність та часті зміни керівництва створюють атмосферу невизначеності та незахищеності. Державні службовці можуть відчувати постійну тривогу щодо збереження своєї посади, особливо під час зміни політичного керівництва (Radu, 2023). Це призводить до хронічного стресу та може спричинити розвиток синдрому професійного вигорання (Suzuki, 2017).

Специфіка роботи з громадянами також є значущим фактором ризику. Державні службовці постійно взаємодіють з різними категоріями населення, часто стикаються з негативним ставленням, агресією та недовірою з боку громадян (Jaracz, 2017). Необхідність зберігати професійний нейтралітет та

стриманість у емоційно напружених ситуаціях вимагає значних психологічних ресурсів (Mastracci, 2018).

Недостатня матеріальна винагорода при високій відповідальності створює дисбаланс між витраченими зусиллями та отриманою компенсацією. Обмеження щодо додаткового заробітку, встановлені законодавством, можуть посилювати відчуття фінансової незахищеності та призводити до зниження мотивації та професійного вигорання (Athamneh, 2024).

Постійний публічний контроль та необхідність підтримувати бездоганну репутацію створюють додатковий психологічний тиск. Державні службовці змушені постійно контролювати свою поведінку не лише на роботі, але й у приватному житті, що може призводити до емоційного виснаження та розвитку стресових станів (Mannion, 2024).

Обмежені можливості для професійного розвитку та кар'єрного зростання також є важливим фактором ризику. Жорстка система рангів та чинів, формалізовані процедури підвищення кваліфікації можуть створювати відчуття професійної стагнації та безперспективності, що є одним з ключових факторів розвитку професійного вигорання (Rambe, 2024).

Конфлікт між особистими цінностями та вимогами системи може виникати у ситуаціях, коли державні службовці змушені діяти відповідно до встановлених процедур, навіть якщо це суперечить їхнім особистим переконанням про справедливість та ефективність. Такий внутрішній конфлікт може призводити до морального виснаження та цинізму (Suzuki, 2017).

Інформаційне перевантаження та необхідність постійно відстежувати зміни в законодавстві, нормативних актах та процедурах створюють додаткове когнітивне навантаження. Постійна потреба в актуалізації знань при обмежених можливостях для їх систематизації може призводити до розумового виснаження (Beschoner, 2021).

Особливості корпоративної культури державної служби, яка часто характеризується формалізмом, консерватизмом та низьким рівнем емоційної підтримки, можуть посилювати ризик професійного вигорання. Відсутність

ефективних механізмів психологічної підтримки та супервізії ускладнює процес подолання професійних стресів (Przysocka, 2024).

Вплив цих факторів посилюється їх комплексною дією та тривалістю впливу. Особливо вразливими є державні службовці, які займають посади середньої ланки управління, оскільки вони відчувають тиск як з боку вищого керівництва, так і з боку підлеглих та громадян.

Професійне вигорання має глибокий та всебічний вплив на якість життя людини, охоплюючи не лише професійну сферу, але й особисте життя, здоров'я та загальне благополуччя. Цей вплив проявляється через розвиток різноманітних психосоматичних розладів та значне зниження суб'єктивного відчуття задоволеності життям.

Професійне вигорання має значний вплив на розвиток психосоматичних розладів. Хронічний стрес, пов'язаний із вигоранням, призводить до порушення роботи вегетативної нервової системи, що проявляється у різноманітних соматичних симптомах. Наприклад, дослідження показали, що вигорання підвищує ризик серцево-судинних захворювань на 21%, включаючи гіпертонію, тахікардію та аритмію, через активацію симпатичної нервової системи, системне запалення та порушення сну (John, 2024).

Шлунково-кишковий тракт також вразливий до впливу професійного вигорання. Систематичний огляд виявив, що вигорання пов'язане з підвищеним ризиком гастритів, виразкової хвороби та синдрому подразненого кишечника. Це може бути наслідком змін у гормональному балансі, таких як дисфункція осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, що впливає на травну систему (Salvagioni, 2017).

Імунна система значно послаблюється під впливом хронічного стресу, пов'язаного з професійним вигоранням. Дослідження показують, що хронічний стрес призводить до дисфункції осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (HPA), що впливає на імунну відповідь, знижуючи здатність організму боротися з інфекціями та сприяючи загостренню хронічних захворювань (Jonsdottir, 2018; Сіобану, 2021). Зокрема, у пацієнтів із вигоранням спостерігається підвищена

схильність до інфекційних захворювань, таких як респіраторні інфекції, через зниження активності Т-клітин та інших компонентів адаптивного імунітету (Roberts, 2021). Часті захворювання та тривалий період одужання також пов'язані з порушенням регуляції запальних процесів, що може сприяти прогресуванню хронічних станів, таких як синдром подразненого кишечника або серцево-судинні захворювання (Syam, 2021). Часті лікарняні через інфекції або загострення хронічних хвороб посилюють професійний стрес, створюючи "порочне коло", яке сприяє подальшому емоційному та фізичному виснаженню.

Порушення опорно-рухового апарату є поширеним наслідком професійного вигорання. М'язове напруження, особливо в області шиї та спини, є типовим симптомом, що часто супроводжується головними болями напруження. Дослідження показують, що вигорання пов'язане з підвищеним ризиком розвитку м'язово-скелетного болю. Наприклад, у дослідженні серед працівників було виявлено, що високий рівень вигорання збільшує ризик болю в шиї та спині в 2,09 рази (Armon, 2010). Хронічний біль, пов'язаний із цими станами, може значно знижувати якість життя та працездатність. Крім того, тривалий біль може призводити до залежності від знеболювальних препаратів, особливо за відсутності належної психологічної підтримки (Daenen, 2015).

Якість сну значно погіршується при професійному вигоранні. Порушення засинання, часті пробудження вночі та кошмарні сновидіння є типовими симптомами. Дослідження показують, що якість сну є значущим предиктором емоційного виснаження, навіть більш важливим, ніж робочі вимоги. Наприклад, у дослідженні 316 працівників було виявлено, що погана якість сну значно корелює з рівнем вигорання (Miró, 2007). Порушення циркадних ритмів, викликані хронічним стресом, можуть призводити до розвитку хронічної втоми та інших розладів сну. Зміщення циркадних ритмів, наприклад, через порушення графіка сну, знижує регуляцію ключових генів, таких як CLOCK і BMAL1, що впливає на загальну фізіологічну ритмічність (Archer, 2014). Такі порушення сну, як безсоння та фрагментація сну, також пов'язані з підвищеним рівнем стресу та когнітивним виснаженням, що ще більше погіршує стан організму (Eckle, 2015).

Професійне вигорання впливає на репродуктивне здоров'я через порушення гормонального балансу, що може проявлятися у зниженні лібідо, порушеннях менструального циклу у жінок та еректильній дисфункції у чоловіків. Дослідження показують, що хронічний стрес і вигорання можуть викликати дисфункцію осі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, що впливає на рівні статевих гормонів, таких як тестостерон і естроген, та призводить до сексуальних розладів (Azab, 2022). У жінок вигорання може спричинити порушення менструального циклу, включаючи аменорею або нерегулярні цикли, через вплив стресу на гонадотропіни (Trejo, 2023). У чоловіків еректильна дисфункція та зниження лібідо часто пов'язані з хронічним стресом і гормональними змінами, такими як гіперпролактинемія або зниження тестостерону (Azab, 2022). Ці проблеми можуть створювати додаткові труднощі в особистому житті, спричиняючи сімейні конфлікти та погіршуючи психологічний стан, що ще більше посилює симптоми вигорання.

Загальне зниження якості життя при професійному вигоранні проявляється у втраті інтересу до саморозвитку та хобі, нездатності планувати майбутнє та ставити цілі, відчутті безперспективності та втраті життєвих орієнтирів. Дослідження показують, що професійне вигорання негативно корелює з якістю життя, особливо у психологічному та соціальному аспектах. Наприклад, у дослідженні серед працівників, які працюють із людьми похилого віку, було виявлено, що високий рівень вигорання пов'язаний із низькою самооцінкою якості життя, включаючи втрату інтересу до хобі та зниження задоволення життям (Leś, 2024). Людина може відчувати себе "застряглою" у поточній ситуації, що часто супроводжується емоційним виснаженням і відчуттям безперспективності. Це підтверджується дослідженнями, які вказують на зв'язок між вигоранням і зниженням когнітивної гнучкості, що ускладнює прийняття рішень і планування (Jarosz, 2024). Такі стани можуть призводити до соціальної ізоляції, втрати мотивації та подальшого погіршення якості життя, створюючи "порочне коло" емоційного та професійного виснаження (Joshi, 2024).

Отже, професійне вигорання – це стан емоційного, фізичного та когнітивного виснаження, що виникає внаслідок хронічного робочого стресу. Воно проявляється через втому, байдужість до роботи, втрату мотивації та зниження продуктивності. Основні ознаки включають емоційне виснаження, цинізм у ставленні до роботи та зниження відчуття професійних досягнень. Розвиток вигорання відбувається поступово: спочатку людина працює на межі можливостей, ігноруючи відпочинок, далі з'являється роздратованість, конфлікти, зниження продуктивності, а на останній стадії – повне емоційне виснаження та серйозні проблеми зі здоров'ям. Серед наслідків – порушення сну, проблеми з серцево-судинною системою, зниження імунітету, труднощі з концентрацією та прийняттям рішень, а також тривожність і депресія. Факторами ризику є надмірне робоче навантаження, бюрократія, низька зарплата, нестабільність та публічний контроль. Державні службовці особливо вразливі до вигорання через високий рівень відповідальності та постійний стрес. Вчасне розпізнавання симптомів і профілактичні заходи, такі як управління стресом, емоційна підтримка та психологічна допомога, необхідні для збереження здоров'я та працездатності.

### **1.3. Зв'язок між сексуальним благополуччям і професійним вигоранням у державних службовців**

Професійне вигорання чинить комплексний та глибокий вплив на сексуальне благополуччя особистості, зачіпаючи як фізіологічні, так і психологічні аспекти інтимної сфери життя. Цей взаємозв'язок являє собою складну систему взаємопов'язаних процесів, що призводять до суттєвих порушень у сексуальному функціонуванні та переживанні сексуальності.

Фізіологічні механізми впливу професійного вигорання на сексуальне благополуччя безпосередньо пов'язані з нейроендокринними змінами, що відбуваються в організмі під впливом хронічного стресу. Тривале перебування у стані емоційного виснаження призводить до дисбалансу гормональної системи,

зокрема до підвищення рівня кортизолу – гормону стресу. Дослідження підтверджують, що надмірна кількість кортизолу негативно впливає на вироблення статевих гормонів, таких як тестостерон та естроген, що призводить до зниження лібідо та порушення репродуктивної функції (Tan, 2024). Зокрема, у дослідженні серед лікарів було виявлено, що вигорання значно підвищує ризик сексуальної дисфункції, включаючи зниження сексуального потягу та порушення оргазму. У лікарів із вигоранням частота сексуальних дисфункцій була на 45,51% вищою, ніж у тих, хто не мав симптомів вигорання (Tan, 2024). Ці зміни також впливають на загальне самопочуття, створюючи додаткові труднощі у міжособистісних стосунках і погіршуючи якість життя (Xiao, 2022).

Хронічний стрес викликає активацію симпатичної нервової системи, яка відповідає за реакцію "боротися або тікати". Постійне перебування в стані стресової активності порушує нормальні фізіологічні реакції збудження, спричиняє зниження чутливості ерогенних зон та ускладнює досягнення оргазму. Дослідження показують, що хронічний стрес пов'язаний із сексуальною дисфункцією, включаючи зниження лібідо, еректильну дисфункцію у чоловіків та зниження вагінальної лубрикації у жінок. Наприклад, у жінок із хронічним стресом спостерігається зниження сексуального бажання та проблеми з лубрикацією, що значно впливає на якість сексуального життя (Kalmbach, 2019; Shoureshi, 2023). У чоловіків хронічний стрес може призводити до еректильної дисфункції через порушення судинної регуляції та зниження рівня тестостерону. Також стрес впливає на здатність досягати оргазму через порушення нейроендокринної регуляції (Fischer, 2024; Raturi, 2021). Ці фізіологічні зміни підкреслюють важливість управління стресом для підтримки сексуального благополуччя та загального здоров'я.

Психологічні аспекти впливу професійного вигорання на сексуальне благополуччя мають не менш складний характер. Емоційне виснаження призводить до формування негативного образу тіла, зниження самооцінки та втрати сексуальної впевненості. Дослідження підтверджують, що низька самооцінка та негативне сприйняття власного тіла значно впливають на

сексуальну задоволеність і впевненість у собі (Schick, 2010; Kosur, 2023). Людина, яка перестає сприймати себе як привабливу та бажану, може уникати інтимних стосунків, що погіршує якість сексуального життя. Це підтверджується дослідженнями, які показують, що негативний образ тіла та низька сексуальна самооцінка пов'язані з меншою частотою сексуальної активності та труднощами у досягненні задоволення (Mastro, 2015). Такі психологічні фактори створюють "пастку", коли емоційне виснаження та низька самооцінка взаємно підсилюють одне одного, погіршуючи як психологічний стан, так і сексуальне благополуччя (Alimbekov, 2024).

Деперсоналізація, яка є одним із ключових компонентів професійного вигорання, також чинить суттєвий вплив на сексуальне благополуччя. Цинічне ставлення до оточення, емоційна відстороненість та втрата здатності до емпатії поширюються й на інтимну сферу. Дослідження показують, що деперсоналізація негативно впливає на здатність до встановлення емоційної близькості, що є важливим для довірливих стосунків. Наприклад, у медичних працівників деперсоналізація асоціюється зі зниженням якості міжособистісних стосунків, включаючи інтимні (Stoyanova, 2021; Bukharov, 2022). Емоційна відстороненість, яка є характерною для деперсоналізації, ускладнює комунікацію щодо сексуальних потреб, що може призводити до зниження задоволеності інтимними стосунками. Це підтверджується дослідженнями, які вказують на те, що деперсоналізація знижує здатність до емпатії, що є ключовим фактором у підтримці емоційної та сексуальної близькості (Gelaw, 2023). Таким чином, деперсоналізація створює бар'єри для емоційного зв'язку з партнером, що може погіршувати сексуальне благополуччя та якість стосунків.

Психологічна втома та виснаження викликають феномен "сексуальної анорексії" – стійке небажання вступати в сексуальні контакти через повну втрату інтересу до інтимної близькості. Людина відчуває фізичне та емоційне виснаження, яке повністю блокує сексуальне бажання. Дослідження підтверджують, що сексуальна анорексія може бути пов'язана з психологічними факторами, такими як емоційна втома, тривога та депресія, які часто

супроводжують професійне вигорання (Carnes, 1998). Навіть за наявності фізіологічної можливості, людина не відчуває сексуального потягу через глибокий емоційний дисбаланс. Це явище також може бути пов'язане з негативним сприйняттям себе та відчуттям відторгнення сексуальності, що є характерним для станів хронічного стресу та виснаження (Genez, 2024). Таким чином, сексуальна анорексія є складним феноменом, що поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти, і потребує комплексного підходу до діагностики та лікування.

Когнітивні порушення, що супроводжують професійне вигорання, також мають значний вплив на сексуальне благополуччя. Зниження концентрації уваги, постійне перебування думками на робочих проблемах, неможливість відключитися від професійного стресу створюють психологічні бар'єри для повноцінного сексуального досвіду. Дослідження показують, що когнітивна distraкція під час сексуальної активності є значним фактором, який знижує сексуальне задоволення. Наприклад, жінки, які відчувають часті когнітивні відволікання через стрес або тривогу, демонструють нижчий рівень сексуального задоволення (Newcombe, 2016). Людина фізично присутня, але психологічно повністю відсутня в інтимному контакті. Це явище пов'язане з неможливістю зосередитися на моменті через постійні думки про роботу або інші стресові фактори, що підтверджується дослідженнями про вплив когнітивних порушень на сексуальне благополуччя (Byers, 2022). Таким чином, когнітивні порушення, викликані професійним вигоранням, створюють значні перешкоди для емоційної та фізичної близькості, що потребує уваги в терапевтичних підходах.

Порушення сну, часті головні болі, підвищена тривожність та депресивні стани, що є наслідками професійного вигорання, додатково ускладнюють сексуальне функціонування. Втома та брак енергії повністю пригнічують сексуальне бажання, створюючи умови для формування стійких сексуальних дисфункцій. Дослідження підтверджують, що депресія та тривожність значно знижують сексуальне бажання, викликають труднощі з досягненням збудження та оргазму, а також сприяють розвитку сексуальних дисфункцій, таких як

еректильна дисфункція у чоловіків і гіпоактивний розлад сексуального бажання у жінок (Ziegler, 2023; Simbar, 2024). Порушення сну та хронічна втома, які часто супроводжують професійне вигорання, також негативно впливають на сексуальне функціонування, знижуючи енергію та здатність до емоційної близькості (Molina-Barea, 2024). Крім того, тривожність і депресія можуть виступати медіаторами між вигоранням і сексуальними проблемами, погіршуючи якість життя та інтимних стосунків (Saleh, 2024). Таким чином, фізичні та психологічні наслідки професійного вигорання створюють значні перешкоди для підтримки сексуального благополуччя.

Важливо зазначити, що вплив професійного вигорання на сексуальне благополуччя має індивідуальні особливості та може по-різному проявлятися залежно від статі, віку, особистісних характеристик та типу професійної діяльності. Державні службовці мають специфічні професійні стресори, які можуть посилювати негативний вплив на сексуальну сферу.

Подолання негативного впливу професійного вигорання на сексуальне благополуччя потребує комплексного підходу, що включає психологічну терапію, корекцію професійного середовища, відновлення балансу між роботою та особистим життям, а також уважне ставлення до власного фізичного та психічного здоров'я.

Варто сказати, що емоційне виснаження має складний і багатогранний вплив на сексуальне благополуччя особистості, порушуючи як фізіологічні, так і психологічні аспекти сексуальної функції. Цей процес являє собою комплексний механізм взаємодії нервової, ендокринної та психоемоційної систем, що призводить до значних змін у сексуальній сфері життя людини.

Нейрофізіологічні механізми емоційного виснаження впливають на функціонування лімбічної системи та гіпоталамо-гіпофізарної осі, які відповідають за емоційну регуляцію та сексуальну поведінку. Хронічний стрес призводить до виснаження нейромедіаторних систем, зокрема дофамінової та серотонінової, що відповідають за отримання задоволення та емоційну регуляцію. Дослідження підтверджують, що активація гіпоталамо-гіпофізарно-

надниркової осі (НРА) під час хронічного стресу пригнічує активність гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної осі (HPG), що безпосередньо впливає на сексуальну поведінку та репродуктивну функцію (Iwasa, 2017; Kelestimur, 2021). Виснаження нейромедіаторних систем, таких як дофамінова, знижує здатність до отримання задоволення, що є ключовим фактором у сексуальному збудженні. Крім того, підвищення рівня кортизолу через хронічний стрес посилює дисфункцію HPG осі, що може призводити до зниження сексуального бажання та задоволення (Raise-Abdullahi, 2023). Таким чином, хронічний стрес і емоційне виснаження створюють нейрофізіологічні умови, які значно ускладнюють підтримку сексуального благополуччя.

Мотиваційний механізм виявляється у втраті сексуальної мотивації та бажання. Емоційне виснаження спричиняє формування психологічного бар'єру щодо сексуальної активності. Дослідження підтверджують, що емоційне виснаження, як компонент професійного вигорання, знижує мотивацію до будь-якої діяльності, яка вимагає емоційних або фізичних ресурсів, включаючи сексуальну активність (Sariraei, 2024; Nazri, 2023). Людина сприймає сексуальні стосунки як додаткове навантаження, що пов'язано з дефіцитом енергії та ресурсів, характерним для стану хронічного стресу. Це підтверджується дослідженнями, які вказують на те, що емоційне виснаження створює бар'єри для мотивації та ініціативи в різних сферах життя, включаючи інтимні стосунки (Kim, 2015). Таким чином, мотиваційний механізм втрати сексуального бажання є важливим аспектом впливу професійного вигорання на сексуальне благополуччя, що потребує комплексного підходу до його подолання.

Адаптаційний механізм порушення сексуального благополуччя пов'язаний зі зміною захисних психологічних механізмів. Емоційне виснаження призводить до формування психологічного дистанціювання як способу психологічного захисту. Це виявляється у втраті емоційної близькості, зниженні довіри до партнера та загальній емоційній холодності. Дослідження підтверджують, що емоційне виснаження може знижувати рівень емоційної близькості у стосунках, що негативно впливає на довіру та взаєморозуміння між партнерами (Carasso,

2024; Stockman, 2024). Психологічне дистанціювання часто використовується як захисний механізм для уникнення емоційного перевантаження, але воно також може погіршувати якість стосунків, знижуючи здатність до емпатії та емоційної підтримки (Bowins, 2004). Це створює бар'єри для відновлення емоційної близькості, що є важливим компонентом сексуального благополуччя. Таким чином, адаптаційний механізм, заснований на психологічному дистанціюванні, є ключовим фактором у порушенні сексуального благополуччя, що потребує уваги у терапевтичних підходах до подолання наслідків емоційного виснаження.

Поведінковий механізм порушення сексуального благополуччя проявляється у зміні сексуальної поведінки. Емоційне виснаження призводить до уникнення інтимної близькості, зниження частоти сексуальних контактів, формування захисних поведінкових стратегій, спрямованих на мінімізацію емоційного та фізичного контакту з партнером. Дослідження підтверджують, що емоційне виснаження може сприяти уникненню інтимності через зниження емоційної енергії та формування захисних механізмів, таких як емоційне дистанціювання (Wendołowska, 2022; Guzmán-González, 2023). Такі стратегії, як уникнення фізичного контакту, часто є наслідком страху перед емоційним перевантаженням або конфліктами, що підтверджується дослідженнями про вплив стилів прив'язаності на інтимність у стосунках (Brassard, 2023). Крім того, уникнення інтимності може бути пов'язане з низьким рівнем довіри та страхом перед емоційною вразливістю (Khalifian, 2016). Таким чином, поведінковий механізм порушення сексуального благополуччя є важливим аспектом впливу емоційного виснаження, що потребує уваги у терапевтичних підходах.

Важливо розуміти, що механізми порушення сексуального благополуччя через емоційне виснаження мають складну, взаємопов'язану природу. Вони не є лінійними та можуть посилювати один одного, створюючи замкнене коло психоемоційних та фізіологічних порушень. Подолання цих механізмів вимагає комплексного підходу, який включає психологічну корекцію, роботу з професійним стресом та відновлення загального емоційного балансу особистості.

Стрес та професійне перевантаження також мають надзвичайно складний та багатогранний вплив на сексуальне функціонування особистості. Тривала професійна напруга створює комплексний негативний ефект, що охоплює фізіологічні, психологічні та емоційні аспекти сексуальної сфери.

Нервова система також зазнає значних змін під впливом хронічного стресу. Перманентне перебування у стані психоемоційної напруги призводить до виснаження симпатичної нервової системи, яка відповідає за сексуальне збудження. Дослідження підтверджують, що хронічний стрес активує симпатичну нервову систему, але тривала активація може призводити до її виснаження, що порушує нейромедіаторну регуляцію та знижує фізіологічну реактивність (Lowrance, 2016; Perganidou, 2018). Це спричиняє зниження чутливості ерогенних зон та ускладнює досягнення сексуального збудження. Зокрема, підвищений рівень кортизолу, характерний для хронічного стресу, асоціюється зі зниженням генітального збудження та підвищенням когнітивної відволіканості під час сексуальної активності (Hamilton, 2013). Таким чином, хронічний стрес значно впливає на функціонування симпатичної нервової системи, що є важливим фактором у порушенні сексуального благополуччя.

Механізми психологічного захисту, що виникають як реакція на тривале професійне перевантаження, можуть призводити до формування психологічних бар'єрів у сексуальній сфері. Емоційне "вигорання" створює захисні механізми дистанціювання, які поширюються не лише на професійну, але й на особисту сферу життя. Дослідження підтверджують, що емоційне вигорання часто супроводжується деперсоналізацією та емоційним дистанціюванням, які впливають на міжособистісні стосунки, включаючи сексуальну сферу (Salyers, 2015). Ці захисні механізми можуть проявлятися у зниженні емоційної залученості, уникненні близькості та формуванні бар'єрів для відкритого спілкування з партнером. Вони також пов'язані з емоційним виснаженням, яке є ключовим компонентом професійного вигорання (Varela, 2024). Таким чином, психологічні захисні механізми, сформовані внаслідок професійного

перевантаження, є важливим фактором у порушенні сексуального благополуччя, що потребує уваги у психотерапевтичній роботі.

Гендерні особливості реагування на професійний стрес також мають суттєві відмінності у впливі на сексуальне функціонування. У чоловіків стрес частіше призводить до порушень ерекції та зниження лібідо, що підтверджується дослідженнями, які вказують на негативний вплив стресу на еректильну функцію через підвищення рівня тривожності та депресії (Jung, 2023). У жінок спостерігаються порушення менструального циклу, зниження сексуальної чутливості та труднощі з досягненням оргазму, що може бути пов'язано з більшою вразливістю до стресу та депресії (Hamilton, 2014). Дослідження також показують, що жінки більш схильні до зниження сексуальної активності та задоволення через вплив хронічного стресу, тоді як у чоловіків основні проблеми пов'язані з фізіологічними аспектами сексуальної функції (Qaderi, 2023). Таким чином, гендерні відмінності у впливі професійного стресу на сексуальне функціонування вимагають індивідуалізованого підходу до діагностики та терапії.

Гендерні особливості взаємозв'язку між професійним вигоранням і сексуальним благополуччям являють собою складну та багатогранну проблему, яка потребує ретельного наукового аналізу. Відмінності у професійних стресорах, соціальних очікуваннях та біологічних реакціях чоловіків і жінок створюють унікальні патерни впливу професійного вигорання на їхню сексуальну сферу.

Для чоловіків професійне вигорання часто пов'язане з потужними соціальними стереотипами щодо професійної успішності та самореалізації. Нездатність відповідати соціальним очікуванням щодо професійних досягнень може призводити до зниження самооцінки, яка безпосередньо впливає на сексуальне функціонування. Дослідження підтверджують, що психосоціальний стрес і низька самооцінка є значними факторами ризику для розвитку психогенної еректильної дисфункції, яка часто супроводжується зниженням лібідо та сексуальною фрустрацією (Spytska, 2024; Cera, 2012). Психогенна

еректильна дисфункція у чоловіків може бути пов'язана з порушеннями в роботі нейромедіаторних систем, а також із впливом стресу на підкіркові структури мозку, такі як ядро *accumbens*, що відповідає за мотивацію та задоволення (Cera, 2012). Крім того, тривалий стрес може викликати гормональні зміни, які впливають на сексуальну функцію, включаючи зниження рівня тестостерону (Sajdlova, 2022).

Жінки в контексті професійного вигорання демонструють дещо відмінні патерни впливу на сексуальне благополуччя. Для них характерним є більш емоційне переживання професійних стресів, що може призводити до психосоматичних розладів репродуктивної системи. Дослідження підтверджують, що хронічний стрес і професійне вигорання у жінок часто асоціюються з порушеннями менструального циклу, такими як нерегулярність, біль або пропуски менструацій, а також із підвищеною тривожністю та зниженням сексуального бажання (Edwards, 2024; Maher, 2022). Крім того, сексуальна дисфункція у жінок, які переживають професійне вигорання, може включати труднощі з досягненням оргазму та підвищену тривожність у сексуальних стосунках, що підтверджується дослідженнями про зв'язок між вигоранням і сексуальним здоров'ям (Tan, 2024). Такі психосоматичні прояви можуть бути наслідком як емоційного виснаження, так і гормональних змін, викликаних стресом.

Соціально-психологічні дослідження показують, що чоловіки та жінки по-різному долають наслідки професійного вигорання. Чоловіки частіше схильні до уникаючої поведінки, яка може проявлятися у зловживанні алкоголем або повній соціальній ізоляції. Дослідження підтверджують, що чоловіки частіше використовують уникнення як стратегію подолання стресу, що може погіршувати симптоми вигорання (Rossi, 2023). Жінки, навпаки, більш схильні до глибокого емоційного переживання стресу, що може викликати депресивні стани та психосексуальні розлади. Вони частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії подолання, які, залежно від контексту, можуть як зменшувати, так і посилювати симптоми вигорання (Spataro, 2016).

Сімейний контекст накладає додаткові гендерні особливості. Для чоловіків професійне вигорання може викликати кризу маскулінності, що негативно позначається на інтимних стосунках. Дослідження показують, що чоловіки, які стикаються з професійним вигоранням, частіше відчувають деперсоналізацію та зниження задоволення від сімейних ролей, що може впливати на їхню самооцінку та стосунки з партнером (Blanch, 2012; Diao, 2024). Для жінок професійне вигорання часто пов'язане з конфліктом між професійною реалізацією та традиційними сімейними ролями, що створює додаткову психоемоційну напругу. Жінки частіше зазнають емоційного виснаження через спроби балансувати між роботою та сім'єю, що може призводити до зниження задоволення від сімейного життя та підвищення ризику психосексуальних розладів (Mafishiraz, 2023; Naeem, 2023).

Важливу роль відіграють і культурно-соціальні очікування. У багатьох суспільствах від чоловіків очікується абсолютна професійна успішність, що створює додатковий тиск і підвищує ризик професійного вигорання. Дослідження підтверджують, що соціальні очікування щодо маскулінності часто асоціюються з підвищеним рівнем стресу та зниженням самооцінки у чоловіків, які не відповідають цим стандартам, що може впливати на їхнє сексуальне благополуччя (Houle, 2022). Для жінок допускається більша варіативність життєвих сценаріїв, але це також може створювати конфлікт між професійною реалізацією та традиційними гендерними ролями. Жінки частіше стикаються з подвійним навантаженням, що включає професійні та сімейні обов'язки, що підвищує ризик емоційного виснаження та сексуальних дисфункцій (Eagly, 2016; Fiksenbaum, 2014). Ці відмінності створюють різні психологічні механізми переживання професійного вигорання. У чоловіків це частіше проявляється через уникнення та зниження самооцінки, тоді як у жінок — через емоційне виснаження та психосексуальні розлади.

Міждисциплінарний підхід до вивчення гендерних аспектів взаємозв'язку професійного вигорання та сексуального благополуччя вимагає комплексних досліджень, які враховують біологічні, психологічні, соціальні та культурні

фактори. Лише такий всебічний погляд дозволить розробити ефективні стратегії підтримки та корекції для різних гендерних груп.

Отже, професійне вигорання негативно впливає на сексуальне благополуччя, спричиняючи гормональний дисбаланс, зниження лібідо та сексуальні дисфункції. Хронічний стрес підвищує рівень кортизолу, що пригнічує вироблення статевих гормонів, порушує природні реакції збудження та ускладнює інтимні стосунки. Емоційне виснаження знижує сексуальну самооцінку, спричиняє відчуження між партнерами та навіть призводить до "сексуальної анорексії" – втрати інтересу до інтимності. Когнітивні розлади, деперсоналізація та тривожність ускладнюють зосередженість під час сексуальної близькості, а порушення сну та депресія ще більше знижують сексуальне бажання. У чоловіків вигорання часто викликає еректильну дисфункцію, у жінок – порушення менструального циклу та зниження чутливості. Соціальні очікування лише посилюють ці ефекти, створюючи додатковий тиск. Подолання наслідків вигорання потребує комплексного підходу, що включає управління стресом, психотерапію та баланс між роботою та особистим життям. Збереження психоемоційної рівноваги є ключовим для гармонійних інтимних стосунків та загального благополуччя.

### **Висновки до 1 розділу**

Теоретичний аналіз проблематики сексуального благополуччя та професійного вигорання державних службовців дозволив здійснити комплексне дослідження взаємозв'язку між цими складними психологічними феноменами. У процесі дослідження встановлено, що сексуальне благополуччя є багатовимірним конструктом, який включає фізичні, психологічні, емоційні та соціальні компоненти. Його формування відбувається під впливом складної системи соціально-культурних чинників, серед яких особливе значення мають культурні норми, гендерні стереотипи, освітні системи та індивідуальний життєвий досвід. Сексуальна грамотність виступає ключовим механізмом

підтримки та розвитку сексуального благополуччя, забезпечуючи особистість необхідними знаннями, навичками та установками.

Теоретичний аналіз різних моделей сексуального благополуччя (біомедичної, психосоціальної, інтегративної, екологічної) дозволив встановити, що найбільш продуктивним є холістичний підхід, який розглядає сексуальність як складну біопсихосоціальну систему. Цей підхід відкриває можливості для більш глибокого розуміння факторів, що впливають на сексуальне благополуччя.

Професійне вигорання – це складний психологічний феномен, що виникає внаслідок хронічного робочого стресу, який не був успішно подоланий. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає його як синдром, що супроводжується емоційним, фізичним і когнітивним виснаженням. Цей стан розвивається поступово і проявляється через втрату енергії, відчуття спустошеності, зниження мотивації та інтересу до професійної діяльності.

Основними ознаками професійного вигорання є емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція професійних досягнень. Емоційне виснаження виявляється у відчутті постійної втоми, виснаження та нездатності відновити сили навіть після відпочинку. Деперсоналізація виражається у цинічному ставленні до роботи та оточення, байдужості або навіть роздратуванні щодо колег і клієнтів. Водночас редукція професійних досягнень проявляється у зниженні самооцінки, втраті віри у власну компетентність та зменшенні продуктивності.

Розвиток професійного вигорання проходить через кілька стадій. На початковому етапі людина проявляє надмірне залучення у роботу, ігноруючи власні потреби. Згодом з'являються перші ознаки виснаження: проблеми зі сном, втрата енергії, підвищена дратівливість. На другій стадії симптоми посилюються, що може супроводжуватися конфліктами з колегами, погіршенням якості виконання завдань та появою психосоматичних розладів. Остання стадія характеризується повним емоційним виснаженням, байдужістю до роботи, серйозними проблемами зі здоров'ям, тривожними та депресивними станами.

Фізичні та психологічні наслідки професійного вигорання є значними. Хронічна втома, головний біль, порушення сну, зниження імунітету, проблеми з серцево-судинною та ендокринною системами – це лише частина можливих ускладнень. Вигорання впливає на когнітивні функції: людина стикається з труднощами у концентрації уваги, погіршенням пам'яті, проблемами з прийняттям рішень. Крім того, емоційне виснаження може призводити до розвитку тривожних розладів, депресії та соціальної ізоляції.

Фактори, що сприяють розвитку вигорання, включають високе робоче навантаження, жорсткі дедлайни, необхідність виконання багатозадачних процесів, обмежені можливості для прийняття самостійних рішень та недостатню матеріальну винагороду. У державній службі ці фактори посилюються через бюрократію, політичну нестабільність, часті зміни керівництва та необхідність підтримувати бездоганну репутацію. Постійний публічний контроль, робота з громадянами, які можуть проявляти агресію та недовіру, також сприяють зростанню рівня стресу.

Професійне вигорання має серйозні наслідки не лише для роботи, а й для особистого життя. Воно може спричинити сімейні конфлікти, втрату інтересу до саморозвитку, зниження якості життя. Вчасне розпізнавання симптомів вигорання та впровадження ефективних стратегій профілактики, таких як емоційна підтримка, управління стресом, нормалізація робочого навантаження та психологічна допомога, є ключовими для збереження здоров'я та професійної ефективності.

Професійне вигорання має значний вплив на сексуальне благополуччя, порушуючи як фізіологічні, так і психологічні аспекти інтимного життя. Хронічний стрес призводить до гормонального дисбалансу, зокрема підвищення рівня кортизолу, що негативно впливає на вироблення тестостерону та естрогену, спричиняючи зниження лібідо і сексуальні дисфункції. Постійна активація симпатичної нервової системи ускладнює природні реакції збудження, що у чоловіків може спричинити еректильну дисфункцію, а у жінок – проблеми з вагінальною lubricацією.

Емоційне виснаження також впливає на сексуальну самооцінку та впевненість у собі. Люди, які переживають вигорання, можуть втрачати відчуття власної привабливості, що знижує їхню готовність до інтимних контактів. Крім того, деперсоналізація та емоційна відстороненість, що супроводжують вигорання, ускладнюють встановлення близьких стосунків, знижуючи рівень сексуальної задоволеності. Часто спостерігається явище "сексуальної анорексії", коли людина повністю втрачає інтерес до інтимності через фізичне та емоційне виснаження.

Когнітивні порушення, спричинені вигоранням, такі як труднощі з концентрацією уваги, надмірна зацікненість на робочих проблемах, також негативно впливають на сексуальне життя. Неможливість розслабитися і зосередитися на моменті під час інтимної близькості спричиняє емоційну дистанцію між партнерами. Додатково, порушення сну, тривожність і депресивні стани, характерні для вигорання, ще більше ускладнюють сексуальне функціонування.

Вплив професійного вигорання на сексуальне благополуччя відрізняється залежно від гендерних особливостей. У чоловіків воно частіше проявляється через еректильну дисфункцію та втрату сексуального бажання, тоді як у жінок – через зниження чутливості, порушення менструального циклу та тривожність у сексуальних стосунках. Крім того, соціальні очікування щодо професійної успішності та балансу між роботою і особистим життям можуть створювати додатковий психологічний тиск, що посилює негативні ефекти вигорання.

Подолання негативного впливу професійного вигорання на сексуальне благополуччя вимагає комплексного підходу, що включає управління стресом, психотерапевтичну підтримку, корекцію робочого навантаження та відновлення балансу між роботою та особистим життям. Збереження психоемоційної стабільності та увага до власного здоров'я є ключовими факторами у підтримці як професійної ефективності, так і гармонійних інтимних стосунків.

## РОЗДІЛ 2.

# МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ З ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

### 2.1. Методологічне обґрунтування емпіричного дослідження

Дослідження базується на сучасних наукових підходах до вивчення професійного вигорання та сексуального благополуччя, які розглядаються в контексті державної служби. Враховуючи специфіку тематики, у дослідженні застосовується комплексний підхід, що об'єднує теоретичні та емпіричні методи аналізу. В основу роботи покладені концепції психології особистості, клінічної психології, психодіагностики та соціальної психології, які дозволяють глибше зрозуміти взаємозв'язок між професійним вигоранням і сексуальним благополуччям.

У рамках дослідження використовувалися методи анкетування та стандартизованого тестування. Для збору емпіричних даних застосовувалася Google-форма, що дозволило швидко й ефективно отримати інформацію від респондентів.

Перший блок питань являв собою соціально-демографічну анкету, яка включала 16 питань про стать, вік, сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, рівень доходу, місце проживання та ряд нюансів професійної діяльності.

Основними психодіагностичними методиками стали Нова шкала сексуального задоволення (NSSS), Копенгагенський опитувальник вигорання (СВІ) та Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). NSSS охоплює п'ять вимірів сексуального благополуччя, СВІ дозволяє оцінити рівень професійного вигорання за трьома шкалами, а HADS використовується для вимірювання рівня тривожності та депресивних проявів.

Шкала сексуального задоволення була створена як універсальний інструмент для оцінки рівня сексуального задоволення та пройшла перевірку у двох культурних контекстах – у Хорватії та Сполучених Штатах (Štulhofer, Buško, & Brouillard, у пресі). На відміну від більшості аналогічних методик, NSSS є незалежною від гендерної приналежності, сексуальної орієнтації чи статусу у відносинах. Її концептуальна база ґрунтується на наукових джерелах із сексуального консультування та психотерапії та охоплює п'ять ключових вимірів: (а) сексуальні відчуття, (b) сексуальна усвідомленість і присутність, (c) сексуальна взаємодія, (d) емоційна близькість і зв'язок, (e) сексуальна активність.

Розробка NSSS відбувалася в межах масштабного дослідницького проєкту, який зосереджувався на аналізі впливу порнографії на сексуальну соціалізацію молоді. Процес конструювання та валідації шкали здійснювався на основі семи незалежних вибірок, що включали понад 2000 учасників віком від 18 до 55 років у Хорватії та США. Серед них три вибірки були студентськими, дві – локальними, одна складалася з пацієнтів, які проходили сексуальну терапію, а ще одна – з негетеросексуальних чоловіків і жінок у Хорватії. У п'яти вибірках з семи було використано онлайн-опитування як основний метод збору даних.

На початковому етапі аналізу головних компонентів було досліджено 35 пунктів Лайкертової шкали, створених відповідно до запропонованої п'ятивимірної концептуальної моделі. Аналіз виявив шість компонентів із власними значеннями  $>1$ , які були повернуті до похилого положення за допомогою облімінного методу. Детальний розгляд отриманої структури вказав на доцільність застосування двофакторної моделі. Перший фактор переважно охоплював суб'єктивні переживання та особисті відчуття, тоді як другий відображав сприйняття респондентом реакції партнера та загальної сексуальної активності. Оскільки між цими двома факторами було виявлено значний зв'язок (коефіцієнти кореляції варіювалися від 0,52 до 0,61), результати засвідчили відносно високу узгодженість конструкту сексуального задоволення.

У результаті були сформовані дві підшкали: підшкала, орієнтована на Еґо, яка оцінює сексуальне задоволення, що базується на особистому досвіді та

відчуттях, та підшкала, зосереджена на партнері/сексуальній активності, яка відображає задоволеність, пов'язану з індивідуальним сприйняттям сексуальної поведінки партнера, його реакцій, а також із частотою та різноманітністю сексуальних контактів. Обидві ці підшкали разом утворюють Нову шкалу сексуального задоволення (NSSS).

Процес опитування передбачає наступну процедуру: респондентів просять обрати число, яке найбільш точно відображає рівень їхньої задоволеності певними аспектами сексуального життя за останні шість місяців. Інструкція звучить так: «Згадуючи своє сексуальне життя за останні шість місяців, будь ласка, оцініть рівень своєї задоволеності наступними аспектами». Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта:

1 = Зовсім не задоволений

2 = Трохи задоволений

3 = Помірно задоволений

4 = Дуже задоволений

5 = Цілком задоволений

Більшість респондентів проходять опитування приблизно за 5 хвилин.

Копенгагенський опитувальник вигорання (СВІ) — це інструмент для оцінки рівня професійного вигорання, який був розроблений у рамках Копенгагенського психосоціального проєкту (Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ). Він використовується як альтернатива класичному Maslach Burnout Inventory (МВІ) і фокусується на вимірюванні виснаження як основного прояву вигорання.

СВІ має три основні підшкали, що оцінюють вигорання в різних аспектах. Перша підшкала — персональне вигорання (Personal Burnout) — відображає загальний рівень фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, незалежно від його джерела. Друга підшкала — робоче вигорання (Work-Related Burnout) — оцінює рівень виснаження, пов'язаного саме з професійною діяльністю, враховуючи робоче навантаження, вимоги та стресові чинники. Третя підшкала — вигорання, пов'язане з клієнтами (Client-Related Burnout) — використовується

для вимірювання рівня виснаження, спричиненого взаємодією з клієнтами, пацієнтами, учнями або іншими людьми, з якими доводиться працювати.

Опитувальник складається з 19 питань, на які респонденти відповідають за 5-бальною шкалою: від «ніколи» до «завжди» або від «дуже низький рівень» до «дуже високий рівень». Чим вищий підсумковий бал за кожною з підшкал, тим вищий рівень вигорання в респондента.

Основна відмінність СВІ від МВІ полягає в тому, що він зосереджується виключно на аспекті виснаження, не включаючи таких категорій, як деперсоналізація чи зниження особистих досягнень. Це робить його більш гнучким та універсальним для різних професійних сфер і дозволяє застосовувати його не лише для працівників сфери послуг, а й для ширшого кола спеціалістів.

СВІ вважається надійним і валідним інструментом для оцінки вигорання, оскільки дозволяє чітко виявити рівень виснаження та можливі ризики, пов'язані з професійним стресом. Його часто використовують у дослідженнях, що стосуються психосоціальних аспектів роботи, а також у практичних оцінках для покращення умов праці та профілактики вигорання.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є одним із найпоширеніших скринінгових інструментів для оцінки емоційного стану пацієнтів у медичних установах. Вона була розроблена у 1983 році A.S. Zigmond та R.P. Snaithe спеціально для оцінки невротичних симптомів у пацієнтів загальномедичної практики та стаціонарних відділень. Її основна мета – виявлення рівня тривоги та депресії, які можуть супроводжувати соматичні захворювання, але не входять до їхнього первинного клінічного прояву.

HADS складається з 14 тверджень, розділених на дві незалежні підшкали: Тривога (HADS-A) – оцінює рівень тривожності та занепокоєння; Депресія (HADS-D) – визначає рівень депресивних проявів. Кожен пункт має чотири варіанти відповідей із градацією вираженості симптому від 0 до 3 балів. Загальна оцінка кожної підшкали варіюється від 0 до 21 балів, що дозволяє класифікувати ступінь вираженості симптомів:

0–7 балів – відсутність клінічно значущих симптомів;

8–10 балів – пограничний стан (можливі легкі прояви тривоги/депресії);  
≥11 балів – клінічно значущі симптоми, що потребують подальшої діагностики.

HADS розроблена так, щоб уникати впливу фізичних симптомів (наприклад, втома, втрата апетиту), які часто зустрічаються у пацієнтів із соматичними захворюваннями. Це дозволяє отримати чистіший психологічний профіль пацієнта без змішування із симптомами основного захворювання. Шкала легка у використанні та заповнюється пацієнтами протягом 5-10 хвилин, а медичний персонал може швидко проаналізувати результати. HADS широко використовується не лише в лікарнях, а й у амбулаторній практиці, психотерапевтичній діагностиці, онкології, кардіології, неврології, геріатрії та інших галузях медицини. Шкала підтвердила свою ефективність у численних дослідженнях у різних країнах та культурах.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є ефективним, швидким та простим інструментом для скринінгу емоційного стану пацієнтів у загальномедичній практиці. Завдяки чіткому поділу на підшкали тривоги та депресії, вона дозволяє виявити первинні психічні розлади, що можуть впливати на загальний стан здоров'я. Проте варто пам'ятати, що HADS не є діагностичним тестом, а лише допоміжним скринінговим методом. Для підтвердження діагнозу та подальшого лікування необхідні глибші клінічні оцінки та консультація фахівця.

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою методів математичної статистики. Описова статистика використовувалася для аналізу розподілу змінних, обчислення середніх значень та стандартних відхилень. Кореляційний аналіз Спірмена застосовувався для виявлення статистично значущих зв'язків між показниками професійного вигорання та рівнем сексуального благополуччя. Регресійний аналіз дозволив визначити ключові предиктори сексуального благополуччя серед державних службовців, а також оцінити ступінь впливу професійного вигорання на інтимну сферу життя. Для перевірки відмінностей між групами застосовувався U-критерій Манна-Уїтні, що

дало змогу порівняти рівень сексуального благополуччя у державних службовців з різним рівнем вигорання. Надійність і валідність отриманих результатів забезпечується використанням перевірених психодіагностичних методик, репрезентативністю вибірки та застосуванням сучасних статистичних методів аналізу даних.

## **2.2. Формування вибірки та збір даних**

Формування вибірки для дослідження здійснювалося з урахуванням мети дослідження та специфіки досліджуваного явища. Основним критерієм включення до вибірки була зайнятість на державній службі, незалежно від посади, стажу роботи та рівня відповідальності. У дослідженні брали участь державні службовці різних категорій, що дозволило отримати широку картину впливу професійного вигорання на їхнє сексуальне благополуччя. Вибірка формувалася за принципом добровільної участі, що дало змогу зібрати відповіді від респондентів, які погодилися взяти участь у дослідженні без зовнішнього тиску чи примусу.

Збір даних здійснювався шляхом анкетування за допомогою онлайн-опитувальника, створеного у Google-формах. Вибір цього інструменту зумовлений кількома факторами. По-перше, онлайн-формат дозволив забезпечити максимальну зручність для респондентів, оскільки вони могли заповнювати анкету у будь-який зручний для них час і місці. По-друге, використання цифрового формату унеможливило вплив дослідника на відповіді респондентів, що підвищило об'єктивність зібраних даних. По-третє, автоматизація процесу збору відповідей дозволила ефективно структурувати отриману інформацію та підготувати її для подальшого статистичного аналізу.

Перед початком заповнення анкети респонденти отримували детальну інформацію про мету дослідження, його добровільний характер та анонімність відповідей. Також було підкреслено, що участь у дослідженні не передбачає жодних ризиків для респондентів, а їхні персональні дані не будуть розголошені

чи використані у будь-який спосіб, який може ідентифікувати конкретну особу. Окрім цього, респонденти мали можливість у будь-який момент перервати заповнення анкети, якщо відчували дискомфорт або бажали припинити участь у дослідженні.

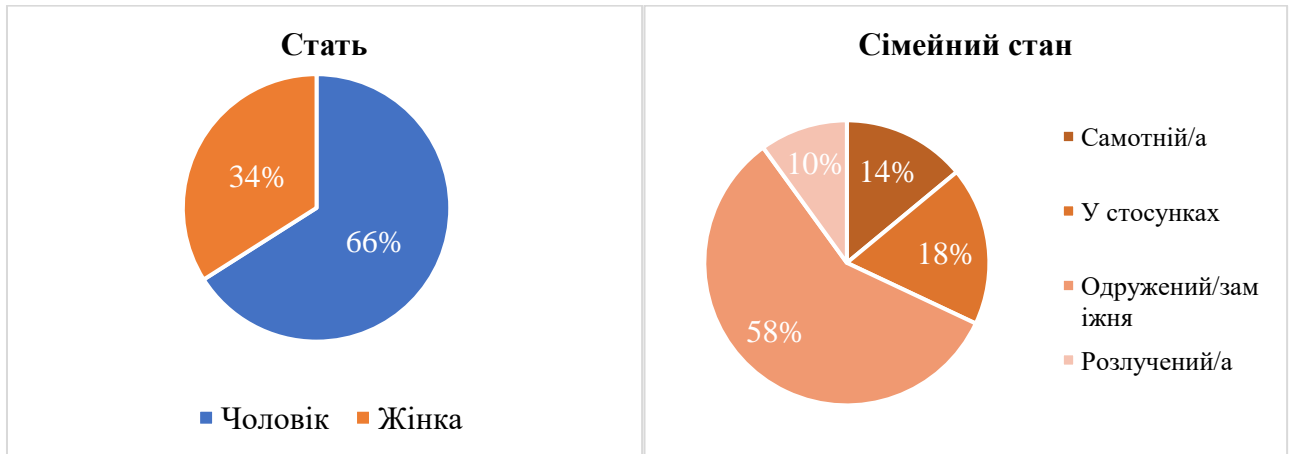
Структура анкети включала кілька блоків, кожен із яких відповідав певному аспекту досліджуваної проблематики. Перший блок містив загальні соціально-демографічні питання, які дозволяли отримати інформацію про вік, стать, сімейний стан, рівень освіти та стаж роботи респондентів. Другий блок був спрямований на оцінку рівня професійного вигорання за допомогою Копенгагенського опитувальника вигорання (СВІ), що дозволяло розділити вигорання на персональне, професійне та пов'язане з клієнтами. Третій блок містив питання, пов'язані із сексуальним благополуччям, зокрема оцінку рівня сексуального задоволення за допомогою Нової шкали сексуального задоволення (NSSS). Останній блок анкети був спрямований на виявлення рівня тривожності та депресії за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

Середній час, необхідний для заповнення анкети, становив приблизно 15-20 хвилин. Дослідження тривало протягом визначеного періоду, що дозволило отримати репрезентативну кількість відповідей для подальшого аналізу. Після завершення збору даних була здійснена їхня первинна обробка, яка включала перевірку наявності некоректних або незаповнених відповідей. Загалом процедура збору даних забезпечила високий рівень достовірності та валідності отриманих результатів, що дозволило зробити обґрунтовані висновки щодо впливу професійного вигорання на сексуальне благополуччя державних службовців.

### **2.3. Опис вибірки**

Загальна кількість учасників дослідження становила 171 особу. Після виключення респондентів, які відповіли, що не мають статус держслужбовця на даний момент (N=21) кількість учасників стала становити 150 осіб.

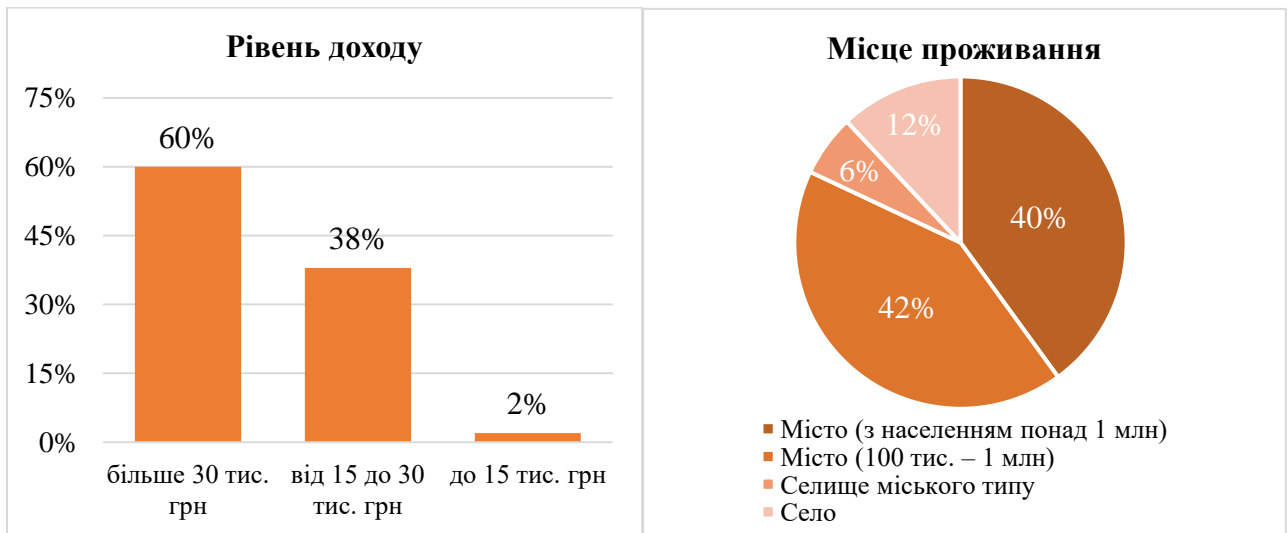
Більшість респондентів ідентифікували себе як чоловіки 66,0% (N=99), тоді як решта 34,0% (N=51) ідентифікували себе як жінки. Щодо сімейного стану, більшість учасників були одруженими 58,0% (N=87), менші частки зазначили, що перебувають у стосунках 18,0% (N=27), самотні 14,0% (N=21) або розлучені 10,0% (N=15) (Рисунок 2.1).



*Рисунок 2.1 Розподіл респондентів у відповідності до статі та сімейного стану*

Більше половини вибірки 54,0% (N=81) повідомили, що мають дітей, у той час як 46,0% (N=69) не мають дітей. За рівнем освіти переважна більшість учасників мала вищу освіту 94,0% (N=141), тоді як 2,0% (N=3) мали середню освіту або середню спеціальну освіту. Також 2,0% (N=3) мали науковий ступінь.

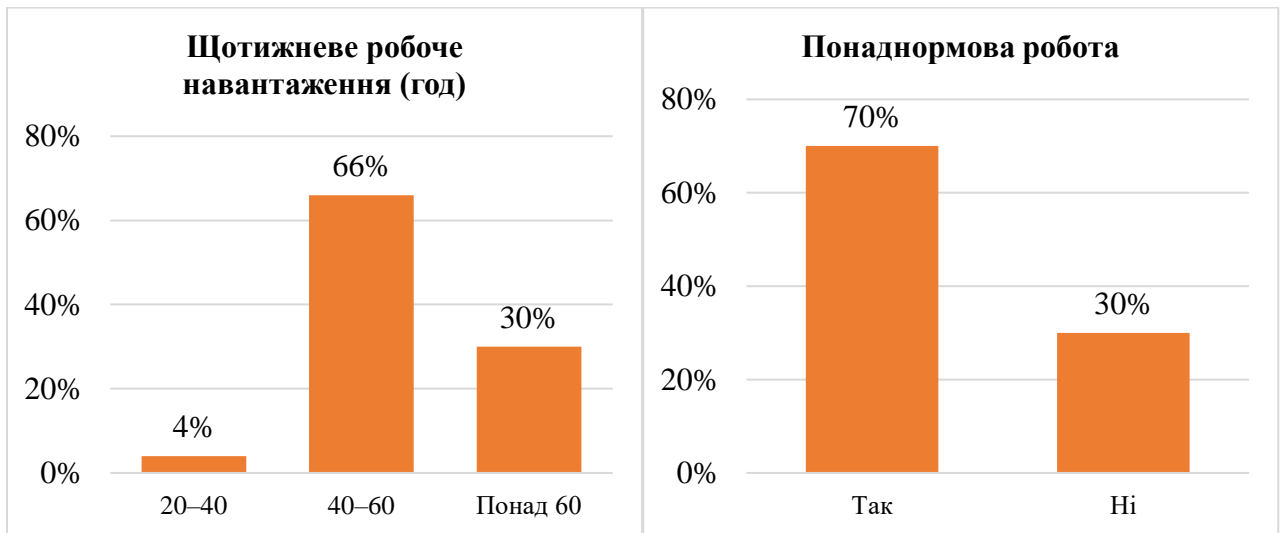
Рівень доходу респондентів варіювався: більшість заробляли понад 30 тисяч гривень на місяць 60,0% (N=90), 38,0% (N=57) заробляли від 15 до 30 тисяч гривень, і лише 2,0% (N=3) мали дохід менше 15 тисяч гривень. Щодо місця проживання, 42,0% (N=63) проживали в містах із населенням від 100 тисяч до 1 мільйона, 40,0% (N=60) – у містах із населенням понад 1 мільйон, 12,0% (N=18) – у селах, і 6,0% (N=9) – у селищах міського типу (Рисунок 2.2).



*Рисунок 2.2 Графічне відображення розподілу респондентів за рівнем доходів та місцем проживання*

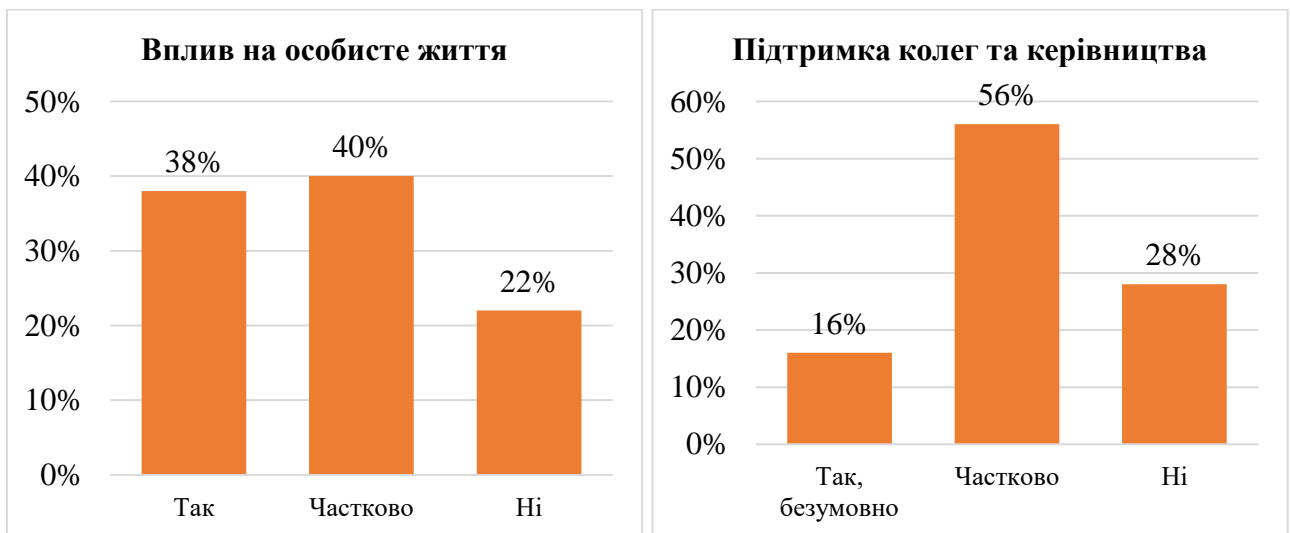
Лише невелика частка 10,0%, (N=15) повідомили, що займаються додатковою професійною діяльністю поза основною роботою. Щодо стажу роботи на державній службі, більшість мали значний досвід: 44,0% (N=66) працювали від 5 до 10 років, а 36,0% (N=54) – понад 10 років. Ті, хто мав менший стаж, склали менші групи: 12,0% (N=18) мали стаж від 3 до 5 років, а 4,0% (N=6) – від 1 до 3 років або менше одного року.

Усі респонденти працювали повний робочий день (100,0%, N=150), причому більшість працювали від 40 до 60 годин на тиждень (66,0%, N=99). Значна частина (30,0%, N=45) працювала понад 60 годин на тиждень, тоді як 4,0% (N=6) працювали від 20 до 40 годин (Рисунок 2.3). Багато учасників зазначили, що працюють поза стандартним графіком, включаючи вечори та вихідні (70,0%, N=105).



*Рисунок 2.3 Розподіл респондентів у відповідності до кількості робочих годин та понаднормової роботи*

Вплив робочих обов'язків на особисте життя визнавали 38,0% (N=57) респондентів, тоді як 40,0% (N=60) зазначили частковий вплив, і 22,0% (N=33) не відчували впливу. Щодо підтримки з боку колег та керівництва, 16,0% (N=24) почувалися безумовно підтриманими, тоді як 56,0% (N=84) відчували часткову підтримку, а 28,0% (N=42) не відчували підтримки (Рисунок 2.4).



*Рисунок 2.4 Розподіл респондентів у відповідності до оцінки впливу робочих обов'язків на особисте життя та підтримки з боку колег та керівництва*

## Висновки до розділу 2

Дослідження присвячене вивченню професійного вигорання та сексуального благополуччя державних службовців. Методологія дослідження базується на комплексному підході, що поєднує теоретичний аналіз і емпіричні методи збору даних. Для збору інформації використовувалося анкетування за допомогою онлайн-опитувальника, створеного в Google-формах.

Анкета містила кілька блоків, що включали соціально-демографічні питання та стандартизовані психодіагностичні методики. Соціально-демографічний блок складався з 16 питань про стать, вік, сімейний стан, наявність дітей, рівень освіти, рівень доходу, місце проживання та професійну діяльність. Для оцінки рівня професійного вигорання використовувався Копенгагенський опитувальник вигорання (СВІ), що містить три підшкали: персональне вигорання, робоче вигорання та вигорання, пов'язане з клієнтами. Рівень сексуального благополуччя оцінювався за допомогою Нової шкали сексуального задоволення (NSSS), яка вимірює п'ять аспектів сексуального життя. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) застосовувалася для оцінки емоційного стану респондентів.

Вибірка дослідження складалася з 150 державних службовців, які брали участь на добровільних засадах. Більшість респондентів ідентифікували себе як чоловіки (66%), тоді як 34% були жінками. За сімейним станом 58% були одруженими. Понад половина респондентів мали дітей (54%). Щодо рівня освіти, 94% респондентів мали вищу освіту. Рівень доходу серед учасників варіювався в основному від 15 тисяч гривень і більше. За місцем проживання більшість респондентів жили у великих містах та середніх містах. Щодо професійного досвіду, більшість учасників мали стаж на державній службі від 5 до 10 років. Усі респонденти працювали повний робочий день, а 96% із них мали робочий тиждень понад 40 годин, з яких 30% працювали більше 60 годин на тиждень. Більшість респондентів також зазначали, що їхня робота передбачає нестандартний графік, включаючи роботу у вечірній час і вихідні (70%).

Дані, отримані під час дослідження, були оброблені за допомогою методів математичної статистики. Використовувалася описова статистика для аналізу розподілу змінних, а також кореляційний аналіз Спірмена, регресійний аналіз та U-критерій Манна-Уїтні для перевірки відмінностей між групами. Анкетування проводилося в анонімному форматі, а всі учасники перед початком заповнення отримували інформацію про добровільність участі та конфіденційність даних.

## РОЗДІЛ 3.

### АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ З ПРОЯВАМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

#### 3.1. Первинна обробка отриманих даних

Дані таблиці (Додаток А, таблиця А.1) відображають описові характеристики змінних дослідження, включаючи середні значення, медіани, моди, стандартні відхилення, а також мінімальні й максимальні значення. Середній вік учасників становив 33.46 роки ( $SD=7.387$ ), тоді як медіана була 32.50 років, а модальне значення – 32 роки. Рівень відповідальності на роботі мав середнє значення 4.44 ( $SD=0.728$ ) з медіаною та модою, рівними 5, а також мінімальним і максимальним значеннями – 3 і 5 відповідно. Результати тесту Колмогорова-Смірнова для цієї змінної показали статистику 0.0722 ( $p=0.414$ ), що свідчить про наявність нормального розподілу.

Особисте вигорання характеризувалося середнім значенням 53.56 ( $SD=20.090$ ), медіаною 52.00 і модою 71.00, із діапазоном від 17 до 100 балів. Статистика Колмогорова-Смірнова для цієї змінної становила 0.0997 ( $p=0.102$ ), що також вказує на можливий нормальний розподіл. У професійному вигоранні середнє значення було 55.20 ( $SD=21.206$ ), медіана – 57.00, а мода – 61.00, з діапазоном від 7 до 100 балів. Проте статистика Колмогорова-Смірнова (0.2079,  $p<0.001$ ) виявила відхилення від нормального розподілу.

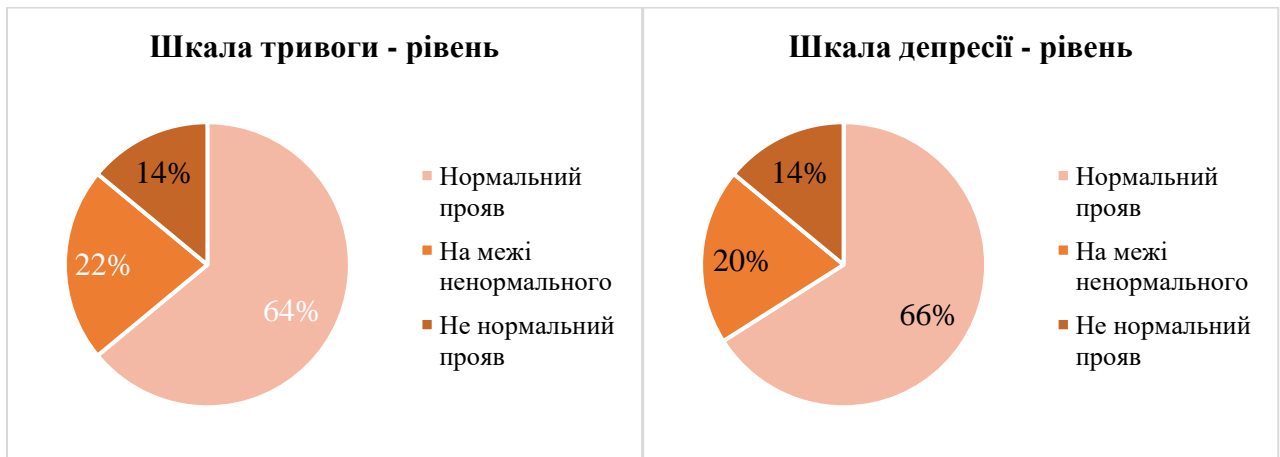
Клієнто-орієнтоване вигорання мало середнє значення 44.68 ( $SD=26.464$ ), медіану 50.00 і моду 54.00, із показниками в діапазоні від 0 до 100 балів. Нормальний розподіл цієї змінної був відсутній (статистика Колмогорова-Смірнова = 0.1735,  $p<0.001$ ). Егоцентрична шкала мала середнє значення 36.32 ( $SD=9.729$ ), медіану 38.50 і моду 40.00, з діапазоном від 10 до 50 балів, із суттєвим відхиленням від нормального розподілу (статистика = 0.1607,  $p<0.001$ ).

Діяльнісно-орієнтована шкала показала середнє значення 35.72 (SD=10.823), медіану 38.00, моду 40.00 та діапазон від 10 до 50 балів. Статистика Колмогорова-Смірнова (0.1315,  $p=0.011$ ) свідчила про відсутність нормального розподілу. Шкала сексуального благополуччя мала середнє значення 72.04 (SD=19.185), медіану 76.00 і моду 80.00, з діапазоном від 20 до 100 балів, також демонструючи відхилення від нормального розподілу (статистика = 0.1302,  $p=0.012$ ).

Шкала тривоги характеризувалася середнім значенням 6.38 (SD=4.807), медіаною 5.50 та модою 4.00, із діапазоном від 0 до 20 балів. Статистика Колмогорова-Смірнова (0.1175,  $p=0.032$ ) вказувала на відхилення від нормального розподілу. Аналогічно, шкала депресії мала середнє значення 6.10 (SD=4.191), медіану 5.50, моду 3.00 та діапазон від 0 до 21 балів, але розподіл для цієї змінної був нормальним (статистика = 0.0722,  $p=0.414$ ).

Отже, більшість змінних у дослідженні не відповідають нормальному розподілу, про що свідчать значення тесту Колмогорова-Смірнова. Враховуючи це, для подальшого аналізу доцільно застосовувати непараметричні статистичні методи.

У дослідженні аналізували рівні тривоги та депресії за відповідними шкалами. За результатами оцінки рівня тривоги, більшість респондентів (64,0%,  $N=96$ ) продемонстрували помірний рівень, тоді як 22,0% ( $N=33$ ) перебували на межі високого рівня, а 14,0% ( $N=21$ ) мали високий рівень тривоги. Щодо рівня депресії, 66,0% ( $N=99$ ) учасників показали помірний рівень, 20,0% ( $N=30$ ) знаходилися на межі високого рівня, і 14,0% ( $N=21$ ) мали високий рівень депресії (Рисунок 3.1).



*Рисунок 3.1 Розподіл респондентів у відповідності до проявів депресії та тривоги*

### **3.2. Аналіз відмінностей соціально-демографічних груп за досліджуваними психологічними характеристиками**

Результати тесту незалежних вибірок Манна-Вітні виявили кілька статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за різними змінними (Додаток А, таблиця А.2). Зокрема, жінки демонстрували значно вищий рівень особистого вигорання ( $M=62.18$ ,  $SD=22.544$ ) порівняно з чоловіками ( $M=49.12$ ,  $SD=17.199$ ),  $U=1692$ ,  $p<.001$ . Професійне вигорання також було вищим серед жінок ( $M=61.65$ ,  $SD=23.680$ ) порівняно з чоловіками ( $M=51.88$ ,  $SD=19.100$ ),  $U=1796$ ,  $p=0.004$ . На клієнто-орієнтованій шкалі не було статистично значущих відмінностей, однак варто відзначити тенденцію до вищих значень серед жінок ( $M=49.76$ ,  $SD=23.409$ ) порівняно з чоловіками ( $M=42.06$ ,  $SD=27.655$ ),  $U=2075$ ,  $p=0.074$ . Егоцентрична шкала показала, що чоловіки мали вищі результати ( $M=37.39$ ,  $SD=9.324$ ) у порівнянні з жінками ( $M=34.24$ ,  $SD=10.244$ ),  $U=2016$ ,  $p=0.043$ , хоча відмінності були незначними. Рівень тривоги виявився суттєво вищим у жінок ( $M=9.53$ ,  $SD=5.500$ ) у порівнянні з чоловіками ( $M=4.76$ ,  $SD=3.447$ ),  $U=1161$ ,  $p<.001$ . Аналогічно, рівень депресії серед жінок ( $M=7.82$ ,  $SD=4.914$ ) був значно вищим, ніж у чоловіків ( $M=5.21$ ,  $SD=3.471$ ),  $U=1692$ ,  $p<.001$ . Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.2. Ці

результати свідчать про те, що жінки в цій вибірці частіше демонстрували вищий рівень особистого та професійного вигорання.

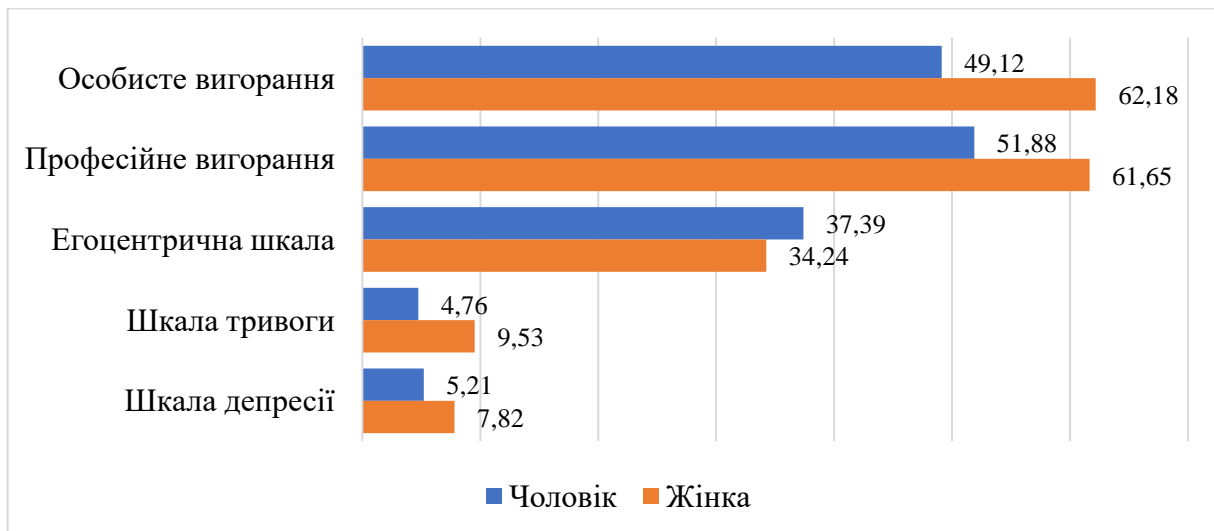


Рисунок 3.2 Статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками

Результати тесту Манна-Вітні не виявили статистично значущих відмінностей між групами, розподіленими за наявністю дітей, за жодною із досліджуваних змінних (Таблиця 3.1).

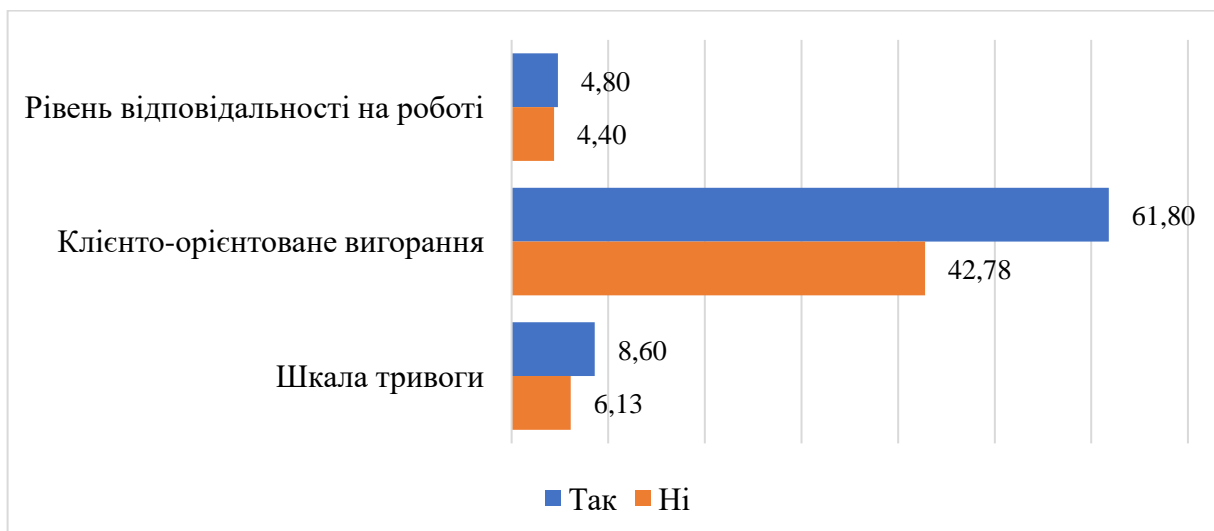
Таблиця 3.1. Різниця між групами респондентів з дітьми та без дітей

		Statistic	p
<b>Рівень відповідальності на роботі</b>	Mann-Whitney U	2646	0,528
<b>Особисте вигорання</b>	Mann-Whitney U	2493	0,255
<b>Професійне вигорання</b>	Mann-Whitney U	2394	0,131
<b>Клієнто-орієнтоване вигорання</b>	Mann-Whitney U	2511	0,285
<b>Егоцентрична шкала</b>	Mann-Whitney U	2673	0,647
<b>Діяльнісно-орієнтована шкала</b>	Mann-Whitney U	2354	0,096
<b>Шкала сексуального благополуччя</b>	Mann-Whitney U	2435	0,174
<b>Шкала тривоги</b>	Mann-Whitney U	2313	0,069
<b>Шкала депресії</b>	Mann-Whitney U	2471	0,220

Note.  $H_a \mu_{Так} \neq \mu_{Ні}$

Результати тесту Манна-Вітні виявили статистично значущі відмінності між групами респондентів, які займаються додатковою діяльністю, і тими, хто цього не робить (Додаток А, таблиця А.3). Рівень відповідальності на роботі був вищим серед осіб із додатковою діяльністю ( $M=4.80$ ,  $SD=0.414$ ) порівняно з

тими, хто не залучений до такої діяльності ( $M=4.40$ ,  $SD=0.745$ ),  $U=734$ ,  $p=0.048$ . Суттєві відмінності також були виявлені за рівнем клієнто-орієнтованого вигорання. Особи з додатковою діяльністю мали значно вищі показники ( $M=61.80$ ,  $SD=17.644$ ) порівняно з тими, хто не займався додатковою діяльністю ( $M=42.78$ ,  $SD=26.641$ ),  $U=500$ ,  $p=0.001$ . На шкалі тривоги респонденти з додатковою діяльністю також продемонстрували вищі середні значення ( $M=8.60$ ,  $SD=3.738$ ) порівняно з тими, хто не мав додаткової діяльності ( $M=6.13$ ,  $SD=4.860$ ),  $U=612$ ,  $p=0.012$ . Таким чином, результати вказують на те, що респонденти, які займаються додатковою професійною діяльністю, відчувають вищий рівень відповідальності на роботі, більший рівень клієнто-орієнтованого вигорання та вищий рівень тривоги порівняно з тими, хто не залучений у додаткову діяльність. Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.3.



*Рисунок 3.3 Статистично значущі відмінності між групами респондентів, які займаються додатковою діяльністю (Так), і тими, хто цього не робить (Ні)*

Результати тесту Манна-Вітні продемонстрували статистично значущі відмінності між респондентами, які працюють поза межами стандартного робочого графіка, і тими, хто цього не робить, у двох змінних. Зокрема, рівень відповідальності на роботі був значно вищим серед тих, хто працює у вечірній час або вихідні ( $U=1269$ ,  $p<.001$ ). Також було виявлено суттєві відмінності за рівнем особистого вигорання, який виявився вищим у цієї групи ( $U=1589$ ,  $p=0.001$ ). У таблиця 3.2 наведено показники різниці між групами за середніми

значеннями. Жодних інших значущих відмінностей між групами за рештою змінних, включаючи професійне вигорання, клієнто-орієнтоване вигорання, егоцентричну шкалу, діяльнісно-орієнтовану шкалу, шкалу сексуального благополуччя, тривоги чи депресії, не виявлено.

**Таблиця 3.2** Різниця між групами респондентів які працюють поза межами робочих графіків (Так) та тими, хто не працює (Ні)

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
<b>Рівень відповідальності на роботі</b>	Так	105	4,60	5	0,729	0,0711
	Ні	45	4,07	4	0,580	0,0865
<b>Особисте вигорання</b>	Так	105	56,97	58	20,769	2,0268
	Ні	45	45,60	46	15,959	2,3791
<b>Професійне вигорання</b>	Так	105	56,51	57	21,571	2,1051
	Ні	45	52,13	50	20,229	3,0155
<b>Клієнто-орієнтоване вигорання</b>	Так	105	46,77	54	26,512	2,5873
	Ні	45	39,80	46	25,989	3,8742
<b>Егоцентрична шкала</b>	Так	105	36,20	39	10,516	1,0262
	Ні	45	36,60	38	7,682	1,1452
<b>Діяльнісно-орієнтована шкала</b>	Так	105	35,06	38	11,860	1,1574
	Ні	45	37,27	37	7,794	1,1619
<b>Шкала сексуального благополуччя</b>	Так	105	71,26	76	21,188	2,0677
	Ні	45	73,87	74	13,431	2,0022
<b>Шкала тривоги</b>	Так	105	6,69	6	5,283	0,5156
	Ні	45	5,67	5	3,398	0,5065
<b>Шкала депресії</b>	Так	105	6,43	6	4,628	0,4517
	Ні	45	5,33	5	2,828	0,4216

Результати тесту Краскела-Волліса показали статистично значущі відмінності за кількома змінними залежно від сімейного стану респондентів (Додаток А, таблиця А.4). Зокрема, для професійного вигорання виявлено значущу різницю між групами ( $\chi^2=14.76$ ,  $df=3$ ,  $p=0.002$ ,  $\varepsilon^2=0.0990$ ). Особи, які зазначили, що є розлученими, мали найвищий середній рівень професійного вигорання ( $M=76.40$ ,  $SD=18.662$ ), що значно перевищувало показники інших

груп: самотніх ( $M=58.14$ ,  $SD=12.375$ ), тих, хто перебуває у стосунках ( $M=50.44$ ,  $SD=21.187$ ), і одружених/заміжніх ( $M=52.31$ ,  $SD=21.331$ ).

Також було виявлено значущі відмінності за клієнто-орієнтованим вигоранням ( $\chi^2=9.84$ ,  $df=3$ ,  $p=0.020$ ,  $\varepsilon^2=0.0661$ ). Найвищі показники спостерігалися серед розлучених респондентів ( $M=63.40$ ,  $SD=34.768$ ), тоді як інші групи мали схожі середні значення: самотні ( $M=41.71$ ,  $SD=21.062$ ), ті, хто у стосунках ( $M=45.44$ ,  $SD=20.045$ ), і одружені/заміжні ( $M=41.93$ ,  $SD=26.848$ ).

За діяльнісно-орієнтованою шкалою також спостерігалися значущі відмінності ( $\chi^2=11.52$ ,  $df=3$ ,  $p=0.009$ ,  $\varepsilon^2=0.0773$ ). Респонденти, які перебувають у стосунках, мали найвищий середній показник ( $M=39.33$ ,  $SD=11.559$ ), у той час як розлучені ( $M=31.60$ ,  $SD=11.575$ ) і самотні ( $M=32.43$ ,  $SD=11.196$ ) демонстрували нижчі результати.

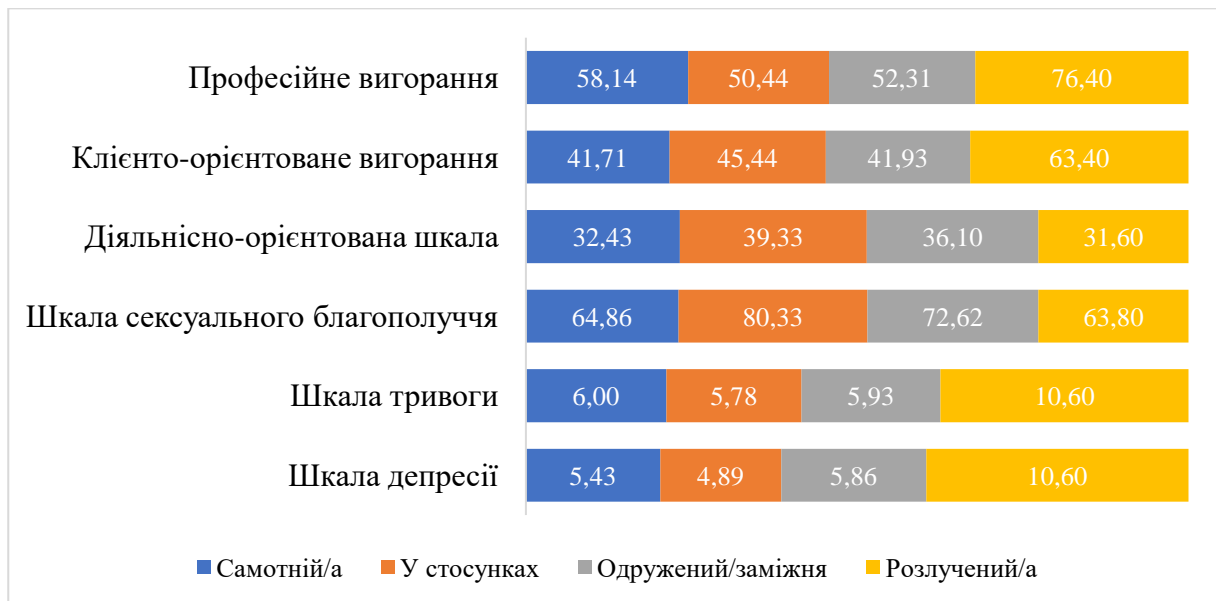
Рівень сексуального благополуччя також відрізнявся між групами ( $\chi^2=7.94$ ,  $df=3$ ,  $p=0.047$ ,  $\varepsilon^2=0.0533$ ). Найвищий середній рівень сексуального благополуччя спостерігався серед респондентів, які перебувають у стосунках ( $M=80.33$ ,  $SD=16.425$ ), у порівнянні з одруженими/заміжніми ( $M=72.62$ ,  $SD=17.656$ ), самотніми ( $M=64.86$ ,  $SD=21.131$ ) і розлученими ( $M=63.80$ ,  $SD=24.048$ ).

На шкалі тривоги також виявлено статистично значущі відмінності ( $\chi^2=9.12$ ,  $df=3$ ,  $p=0.028$ ,  $\varepsilon^2=0.0612$ ). Розлучені респонденти мали найвищий рівень тривоги ( $M=10.60$ ,  $SD=6.468$ ), тоді як інші групи продемонстрували значно нижчі показники: самотні ( $M=6.00$ ,  $SD=2.258$ ), ті, хто у стосунках ( $M=5.78$ ,  $SD=5.388$ ), і одружені/заміжні ( $M=5.93$ ,  $SD=4.451$ ).

Нарешті, значущі відмінності виявлені на шкалі депресії ( $\chi^2=11.47$ ,  $df=3$ ,  $p=0.009$ ,  $\varepsilon^2=0.0770$ ). Найвищі середні показники були у розлучених респондентів ( $M=10.60$ ,  $SD=6.434$ ), тоді як інші групи мали нижчі рівні депресії: самотні ( $M=5.43$ ,  $SD=3.414$ ), ті, хто у стосунках ( $M=4.89$ ,  $SD=3.238$ ), і одружені/заміжні ( $M=5.86$ ,  $SD=3.695$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.4.

Таким чином, сімейний стан є важливим фактором, що впливає на рівень професійного вигорання, клієнто-орієнтованого вигорання, діяльнісної орієнтації, сексуального благополуччя, тривоги та депресії. Найбільш уразливою

групою виявилися розлучені респонденти, які демонстрували найвищі показники за всіма цими змінними.



*Рисунок 3.4 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від сімейного стану*

Результати тесту Крассела-Волліса виявили статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від рівня доходу (Додаток А, таблиця А.5).

Було виявлено значущу різницю між групами ( $\chi^2=12.98$ ,  $df=2$ ,  $p=0.002$ ,  $\varepsilon^2=0.0871$ ). Респонденти з доходом понад 30 тис. грн мали найнижчий середній рівень особистого вигорання ( $M=49.30$ ,  $SD=17.848$ ), тоді як група з доходом від 15 до 30 тис. грн демонструвала помірно вищі показники ( $M=57.84$ ,  $SD=20.107$ ). Найвищий рівень особистого вигорання спостерігався серед респондентів із доходом до 15 тис. грн ( $M=100.00$ ,  $SD=0.000$ ).

Статистично значущі відмінності також спостерігалися за професійним вигоранням ( $\chi^2=17.84$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1197$ ). Найнижчі середні показники були у групи з доходом понад 30 тис. грн ( $M=50.30$ ,  $SD=22.414$ ), тоді як респонденти з доходом від 15 до 30 тис. грн демонстрували вищі результати ( $M=60.58$ ,  $SD=14.915$ ). Група з найнижчим доходом (до 15 тис. грн) мала максимальні показники ( $M=100.00$ ,  $SD=0.000$ ).

Значущі відмінності спостерігалися також за клієнто-орієнтованим вигоранням ( $\chi^2=12.88$ ,  $df=2$ ,  $p=0.002$ ,  $\varepsilon^2=0.0864$ ). Середня для групи з доходом понад 30 тис. грн була найнижчою ( $M=40.13$ ,  $SD=27.627$ ), тоді як респонденти із середнім доходом демонстрували вищі показники ( $M=48.95$ ,  $SD=20.848$ ). Група з найнижчим доходом знову показала максимальний рівень вигорання ( $M=100.00$ ,  $SD=0.000$ ).

Для егоцентричної шкали також були виявлені значущі відмінності ( $\chi^2=9.78$ ,  $df=2$ ,  $p=0.008$ ,  $\varepsilon^2=0.0656$ ). Групи з доходом понад 30 тис. грн ( $M=37.07$ ,  $SD=10.069$ ) і від 15 до 30 тис. грн ( $M=36.53$ ,  $SD=7.256$ ) мали схожі середні значення, тоді як респонденти з доходом до 15 тис. грн демонстрували суттєво нижчі показники ( $M=10.00$ ,  $SD=0.000$ ).

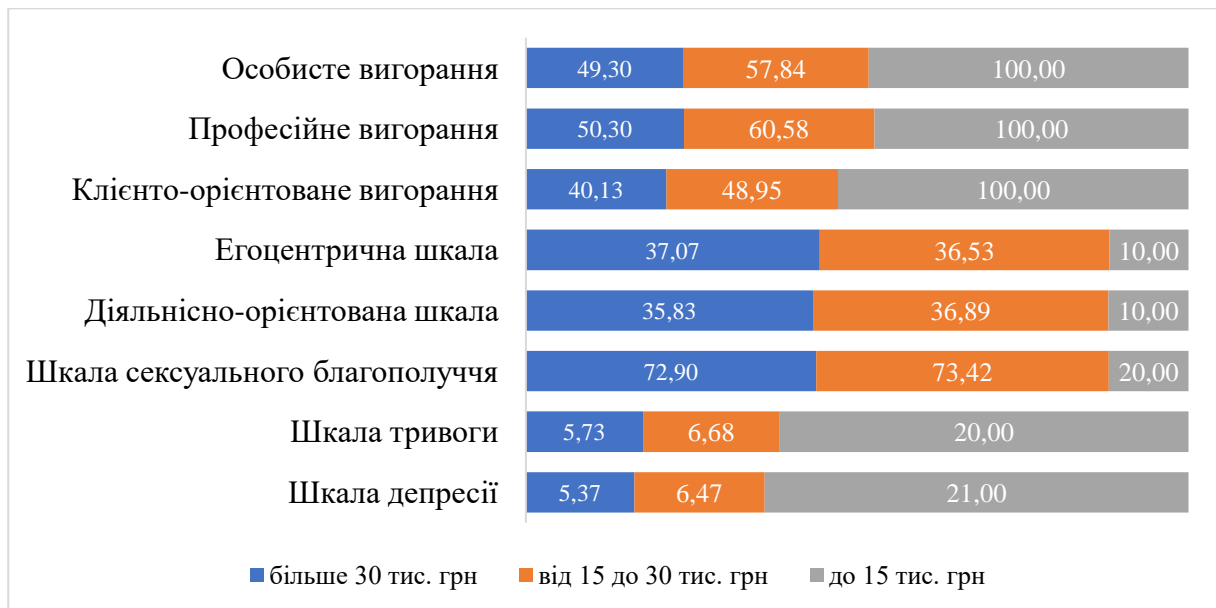
За цією шкалою також були виявлені статистично значущі відмінності ( $\chi^2=8.14$ ,  $df=2$ ,  $p=0.017$ ,  $\varepsilon^2=0.0547$ ). Групи з доходом понад 30 тис. грн ( $M=35.83$ ,  $SD=10.812$ ) і від 15 до 30 тис. грн ( $M=36.89$ ,  $SD=9.435$ ) мали подібні результати, тоді як респонденти з доходом до 15 тис. грн продемонстрували найнижчий рівень ( $M=10.00$ ,  $SD=0.000$ ).

Статистично значущі відмінності за шкалою сексуального благополуччя ( $\chi^2=9.11$ ,  $df=2$ ,  $p=0.011$ ,  $\varepsilon^2=0.0611$ ) показали, що респонденти з доходом понад 30 тис. грн ( $M=72.90$ ,  $SD=20.049$ ) і від 15 до 30 тис. грн ( $M=73.42$ ,  $SD=13.865$ ) мали схожі рівні благополуччя, тоді як група з доходом до 15 тис. грн мала суттєво нижчі результати ( $M=20.00$ ,  $SD=0.000$ ).

На шкалі тривоги також були виявлені значущі відмінності ( $\chi^2=12.33$ ,  $df=2$ ,  $p=0.002$ ,  $\varepsilon^2=0.0828$ ). Найнижчі показники тривоги були у респондентів із доходом понад 30 тис. грн ( $M=5.73$ ,  $SD=4.843$ ), помірні – у групи з доходом від 15 до 30 тис. грн ( $M=6.68$ ,  $SD=3.675$ ), а найвищі – у групи з доходом до 15 тис. грн ( $M=20.00$ ,  $SD=0.000$ ).

Нарешті, значущі відмінності виявлено за шкалою депресії ( $\chi^2=15.20$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1020$ ). Найнижчі показники були у респондентів із доходом понад 30 тис. грн ( $M=5.37$ ,  $SD=3.976$ ), помірні – у групи з доходом від 15 до 30 тис. грн

( $M=6.47$ ,  $SD=2.953$ ), а максимальні – у респондентів із доходом до 15 тис. грн ( $M=21.00$ ,  $SD=0.000$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.5.



*Рисунок 3.5 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від рівня доходу*

Результати тесту Краскела-Волліса, представлені в таблиці нижче, дозволяють оцінити різницю між групами респондентів в залежності від місця проживання (Таблиця 3.3).

**Таблиця 3.3. Результати тесту Краскела-Волліса для оцінки різниці між групами залежно від місця проживання**

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
<b>Рівень відповідальності на роботі</b>	11,99	3	0,007	0,0805
<b>Особисте вигорання</b>	3,51	3	0,320	0,0235
<b>Професійне вигорання</b>	3,45	3	0,327	0,0232
<b>Клієнто-орієнтоване вигорання</b>	4,66	3	0,199	0,0313
<b>Егоцентрична шкала</b>	4,66	3	0,199	0,0312
<b>Діяльнісно-орієнтована шкала</b>	14,60	3	0,002	0,0980
<b>Шкала сексуального благополуччя</b>	10,55	3	0,014	0,0708
<b>Шкала тривоги</b>	16,47	3	< .001	0,1105
<b>Шкала депресії</b>	16,55	3	< .001	0,1111

Рівень відповідальності на роботі суттєво варіювався між групами ( $\chi^2=11.99$ ,  $df=3$ ,  $p=0.007$ ). Найвищий середній показник було виявлено у респондентів, які проживають у містах з населенням понад 1 млн осіб ( $M=4.65$ ,  $SD=0.659$ ), тоді як найнижчий рівень відповідальності спостерігався у респондентів із селищ міського типу ( $M=4.00$ ,  $SD=0.866$ ) (Додаток А, таблиця А.6).

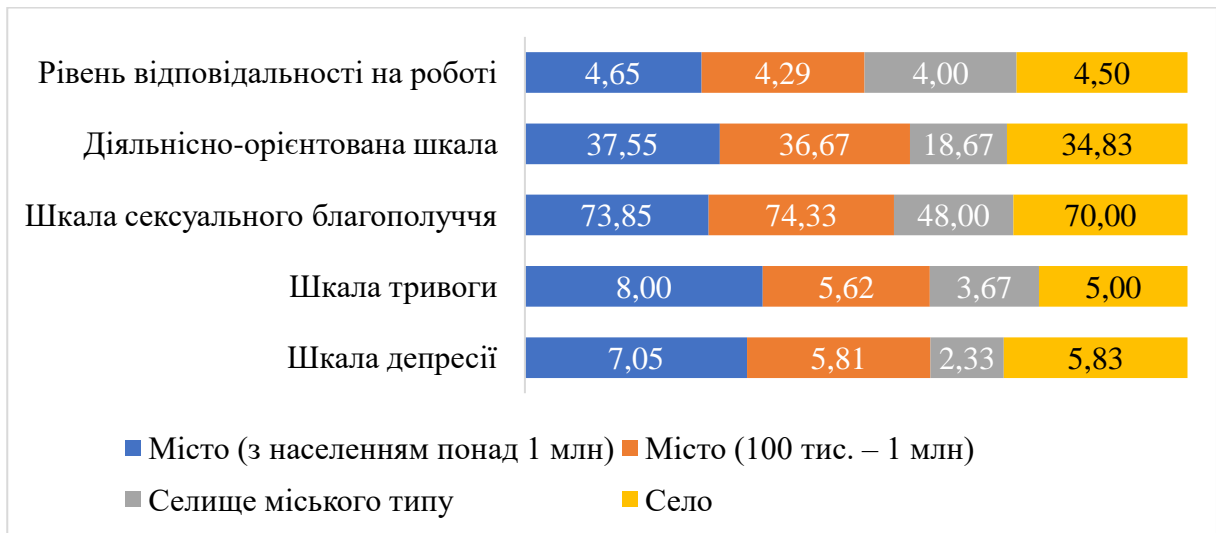
Також виявлено значущі відмінності за діяльнісно-орієнтованою шкалою ( $\chi^2=14.60$ ,  $df=3$ ,  $p=0.002$ ). Респонденти з міст із населенням понад 1 млн осіб продемонстрували найвищі показники ( $M=37.55$ ,  $SD=7.762$ ), а найнижчі значення спостерігалися серед учасників із селищ міського типу ( $M=18.67$ ,  $SD=13.000$ ).

Шкала сексуального благополуччя також показала значущі відмінності між групами ( $\chi^2=10.55$ ,  $df=3$ ,  $p=0.014$ ). Найвищі середні значення спостерігалися у респондентів із міст із населенням від 100 тис. до 1 млн осіб ( $M=74.33$ ,  $SD=16.719$ ), тоді як найнижчий рівень сексуального благополуччя продемонстрували респонденти із селищ міського типу ( $M=48.00$ ,  $SD=22.962$ ).

На шкалі тривоги спостерігалися статистично значущі відмінності ( $\chi^2=16.47$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Найвищий рівень тривоги було виявлено серед респондентів із міст із населенням понад 1 млн осіб ( $M=8.00$ ,  $SD=5.269$ ), тоді як найнижчі показники спостерігалися у респондентів із селищ міського типу ( $M=3.67$ ,  $SD=2.179$ ).

Нарешті, значущі відмінності виявлено за шкалою депресії ( $\chi^2=16.55$ ,  $df=3$ ,  $p<.001$ ). Найвищий середній рівень депресії було виявлено серед мешканців міст із населенням понад 1 млн осіб ( $M=7.05$ ,  $SD=4.176$ ), а найнижчий – серед учасників із селищ міського типу ( $M=2.33$ ,  $SD=1.000$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.6.

Ці результати свідчать про те, що місце проживання впливає на рівень відповідальності, діяльнісну орієнтацію, сексуальне благополуччя, тривогу та депресію, при цьому жителі великих міст часто демонструють вищі значення, ніж ті, хто проживає в селищах міського типу.



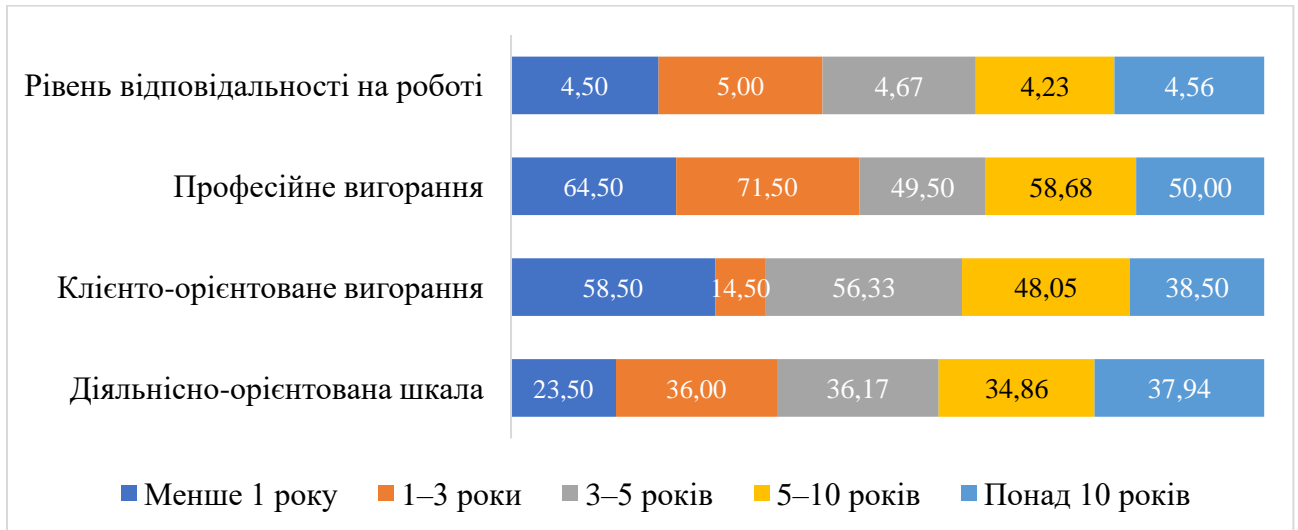
*Рисунок 3.6 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від місця проживання*

Результати тесту Крассела-Волліса виявили статистично значущі відмінності у досліджуваних показниках залежно від стажу роботи на державній службі (Додаток А, таблиця А.7). Рівень відповідальності на роботі значно варіювався між групами ( $\chi^2=12.08$ ,  $df=4$ ,  $p=0.017$ ,  $\epsilon^2=0.0811$ ). Найвищі середні значення рівня відповідальності спостерігалися у респондентів зі стажем 1–3 роки ( $M=5.00$ ,  $SD=0.00$ ), тоді як найнижчий рівень відповідальності демонстрували респонденти зі стажем 5–10 років ( $M=4.23$ ,  $SD=0.800$ ).

За професійним вигоранням також були виявлені статистично значущі відмінності ( $\chi^2=10.29$ ,  $df=4$ ,  $p=0.036$ ,  $\epsilon^2=0.0690$ ). Респонденти зі стажем 1–3 роки демонстрували найвищі середні показники професійного вигорання ( $M=71.50$ ,  $SD=11.502$ ), у той час як респонденти зі стажем понад 10 років мали найнижчі показники ( $M=50.00$ ,  $SD=20.084$ ).

Найбільш виражені відмінності спостерігалися за клієнто-орієнтованим вигоранням ( $\chi^2=20.59$ ,  $df=4$ ,  $p<.001$ ,  $\epsilon^2=0.1382$ ). Респонденти зі стажем 1–3 роки продемонстрували суттєво нижчий рівень клієнто-орієнтованого вигорання ( $M=14.50$ ,  $SD=15.884$ ) порівняно з іншими групами. Найвищі показники вигорання в цій сфері спостерігалися серед респондентів зі стажем 3–5 років ( $M=56.33$ ,  $SD=19.063$ ).

Діяльнісно-орієнтована шкала також показала значущі відмінності між групами ( $\chi^2=9.58$ ,  $df=4$ ,  $p=0.048$ ,  $\epsilon^2=0.0643$ ). Респонденти зі стажем понад 10 років мали найвищий середній рівень діяльнісної орієнтації ( $M=37.94$ ,  $SD=9.430$ ), тоді як найнижчі показники були у респондентів зі стажем менше 1 року ( $M=23.50$ ,  $SD=14.789$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.7.

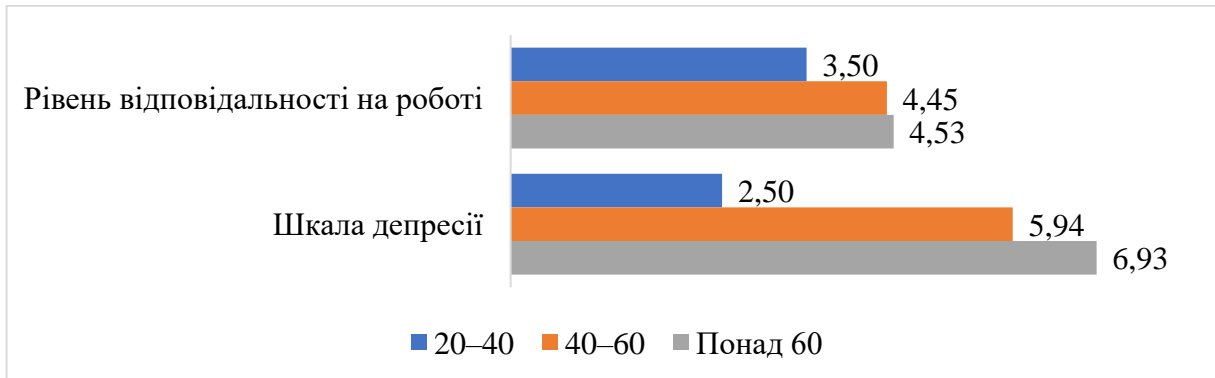


*Рисунок 3.7 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від стажу роботи на державній службі*

Також тест Крассела-Волліса показав наявність статистично значущих відмінностей за змінними залежно від щотижневого робочого навантаження (Додаток А, таблиця А.8). За рівнем відповідальності на роботі спостерігалися статистично значущі відмінності між групами ( $\chi^2=10.72$ ,  $df=2$ ,  $p=0.005$ ,  $\epsilon^2=0.0719$ ). Найнижчий рівень відповідальності демонстрували респонденти з робочим навантаженням 20–40 годин на тиждень ( $M=3.50$ ,  $SD=0.548$ ), тоді як респонденти, які працюють понад 60 годин на тиждень, показали найвищі значення ( $M=4.53$ ,  $SD=0.726$ ).

За шкалою депресії також були виявлені значущі відмінності між групами ( $\chi^2=6.53$ ,  $df=2$ ,  $p=0.038$ ,  $\epsilon^2=0.0438$ ). Найнижчі показники депресії спостерігалися у респондентів із навантаженням 20–40 годин на тиждень ( $M=2.50$ ,  $SD=0.548$ ), тоді як найбільші рівні депресії були у групи з навантаженням понад 60 годин на тиждень ( $M=6.93$ ,  $SD=5.994$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.8.

Інші змінні не продемонстрували статистично значущих відмінностей. Таким чином, результати свідчать про те, що більший обсяг робочого навантаження асоціюється з вищим рівнем відповідальності та депресії.



*Рисунок 3.8 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від щотижневого робочого навантаження*

Аналіз за допомогою тесту Краскела-Волліса виявив статистично значущі розбіжності в кількох змінних залежно від того, як робочі обов'язки впливають на особисте життя (Додаток А, таблиця А.9). Статистично значущі відмінності були виявлені за рівнем відповідальності на роботі ( $\chi^2=6.96$ ,  $df=2$ ,  $p=0.031$ ,  $\varepsilon^2=0.0467$ ). Найвищий рівень відповідальності продемонстрували респонденти, які вказали, що робочі обов'язки впливають на їхнє особисте життя ( $M=4.53$ ,  $SD=0.758$ ), у той час як найнижчі значення спостерігалися серед тих, хто не відчував впливу ( $M=4.18$ ,  $SD=0.727$ ).

Виявлено значущі відмінності за рівнем особистого вигорання ( $\chi^2=7.26$ ,  $df=2$ ,  $p=0.026$ ,  $\varepsilon^2=0.0488$ ). Найвищі показники вигорання мали респонденти, які відчували значний вплив робочих обов'язків на своє особисте життя ( $M=59.05$ ,  $SD=19.731$ ), тоді як групи з частковим впливом ( $M=49.85$ ,  $SD=18.237$ ) і без впливу ( $M=50.82$ ,  $SD=22.307$ ) демонстрували нижчі значення.

Рівень професійного вигорання також варіювався між групами ( $\chi^2=8.08$ ,  $df=2$ ,  $p=0.018$ ,  $\varepsilon^2=0.0542$ ). Найвищі показники спостерігалися серед респондентів, які вказали на значний вплив робочих обов'язків ( $M=59.63$ ,  $SD=20.434$ ), тоді як найнижчі результати були у групі, яка не відчувала впливу ( $M=46.64$ ,  $SD=17.676$ ).

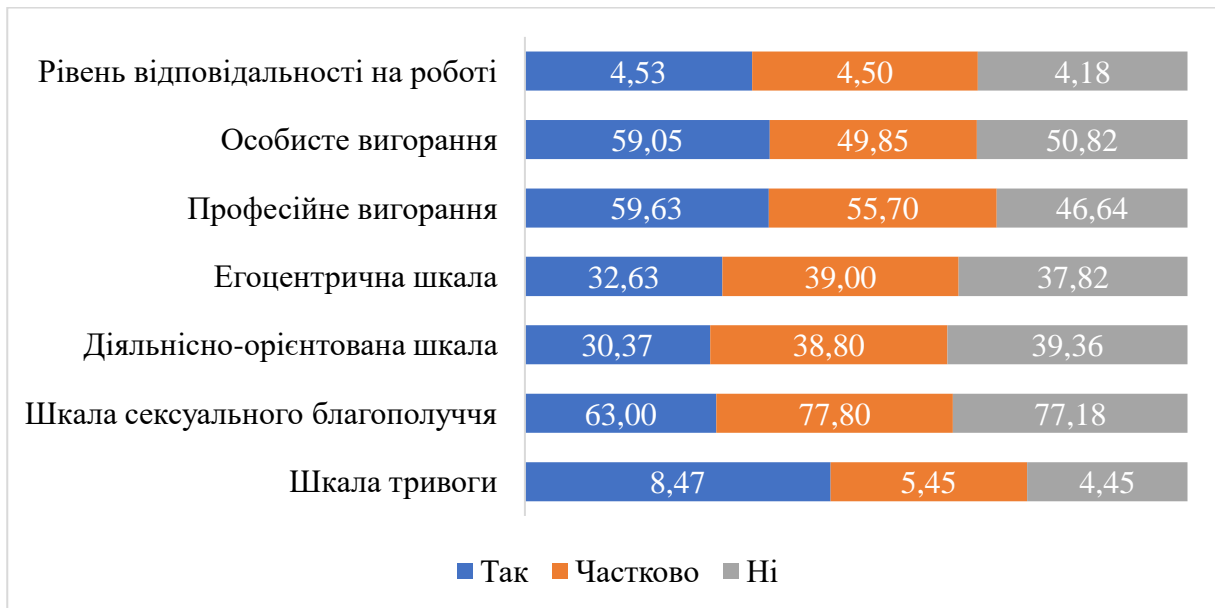
Значущі відмінності були виявлені за егоцентричною шкалою ( $\chi^2=8.85$ ,  $df=2$ ,  $p=0.012$ ,  $\varepsilon^2=0.0594$ ). Найвищі показники були у групи з частковим впливом робочих обов'язків ( $M=39.00$ ,  $SD=6.265$ ), тоді як найнижчі — серед тих, хто зазначив про значний вплив ( $M=32.63$ ,  $SD=11.101$ ).

Статистично значущі відмінності спостерігалися також за діяльнісно-орієнтованою шкалою ( $\chi^2=11.13$ ,  $df=2$ ,  $p=0.004$ ,  $\varepsilon^2=0.0747$ ). Найвищі показники демонстрували респонденти, які вказали частковий вплив ( $M=38.80$ ,  $SD=7.353$ ), тоді як найнижчі значення мали ті, хто відчував значний вплив ( $M=30.37$ ,  $SD=13.437$ ).

На шкалі сексуального благополуччя виявлено статистично значущі відмінності ( $\chi^2=10.43$ ,  $df=2$ ,  $p=0.005$ ,  $\varepsilon^2=0.0700$ ). Найвищі показники спостерігалися серед респондентів, які частково відчували вплив робочих обов'язків на особисте життя ( $M=77.80$ ,  $SD=11.998$ ), тоді як найнижчі були у тих, хто відчував значний вплив ( $M=63.00$ ,  $SD=23.134$ ).

Рівень тривоги також значно варіювався між групами ( $\chi^2=11.38$ ,  $df=2$ ,  $p=0.003$ ,  $\varepsilon^2=0.0763$ ). Найвищі показники тривоги спостерігалися серед тих, хто вказав значний вплив робочих обов'язків ( $M=8.47$ ,  $SD=5.931$ ), а найнижчі — серед тих, хто не відчував впливу ( $M=4.45$ ,  $SD=2.717$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.9.

Результати демонструють, що вплив робочих обов'язків на особисте життя суттєво корелює з рівнем відповідальності на роботі, вигоранням (особистим і професійним), егоцентричною і діяльнісно-орієнтованою шкалами, а також сексуальним благополуччям і тривогою. Особливо високі показники тривоги та вигорання спостерігалися у групи, яка відчуває значний вплив робочих обов'язків.



*Рисунок 3.9 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від того, як робочі обов'язки впливають на особисте життя*

Аналіз за допомогою тесту Краскела-Волліса показав статистично значущі розбіжності в декількох змінних залежно від рівня підтримки, яку респонденти отримують від колег і керівництва (Додаток А, таблиця А.10). Статистично значущі відмінності спостерігалися за рівнем відповідальності на роботі ( $\chi^2=8.16$ ,  $df=2$ ,  $p=0.017$ ,  $\varepsilon^2=0.0548$ ). Найвищий рівень відповідальності продемонстрували респонденти, які безумовно відчували підтримку ( $M=4.75$ ,  $SD=0.442$ ), тоді як найнижчий показник був серед тих, хто частково відчував підтримку ( $M=4.29$ ,  $SD=0.800$ ).

За рівнем особистого вигорання були значущі відмінності ( $\chi^2=21.62$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1451$ ). Найнижчий рівень вигорання був серед тих, хто безумовно відчував підтримку ( $M=38.25$ ,  $SD=12.277$ ), тоді як найвищі показники спостерігалися у респондентів, які не відчували підтримки ( $M=61.64$ ,  $SD=21.878$ ).

Рівень професійного вигорання також суттєво варіювався між групами ( $\chi^2=26.28$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1764$ ). Найнижчі показники були серед тих, хто безумовно відчував підтримку ( $M=37.13$ ,  $SD=18.859$ ), тоді як найвищі значення спостерігалися серед тих, хто не відчував підтримки ( $M=66.50$ ,  $SD=21.247$ ).

Статистично значущі відмінності виявлено за клієнто-орієнтованим вигоранням ( $\chi^2=35.04$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.2351$ ). Найнижчий рівень клієнто-орієнтованого вигорання був серед респондентів із безумовною підтримкою ( $M=23.63$ ,  $SD=15.211$ ), тоді як респонденти, які не відчували підтримки, мали найвищі показники ( $M=61.57$ ,  $SD=25.595$ ).

За егоцентричною шкалою також спостерігалися значущі відмінності ( $\chi^2=13.50$ ,  $df=2$ ,  $p=0.001$ ,  $\varepsilon^2=0.0906$ ). Найвищий середній рівень показали респонденти з безумовною підтримкою ( $M=40.00$ ,  $SD=10.241$ ), а найнижчий рівень був у тих, хто не відчував підтримки ( $M=32.50$ ,  $SD=9.683$ ).

Статистично значущі відмінності спостерігалися за діяльнісно-орієнтованою шкалою ( $\chi^2=12.31$ ,  $df=2$ ,  $p=0.002$ ,  $\varepsilon^2=0.0826$ ). Найвищий рівень діяльнісної орієнтації був серед респондентів із безумовною підтримкою ( $M=40.88$ ,  $SD=9.534$ ), а найнижчий — серед тих, хто не відчував підтримки ( $M=29.71$ ,  $SD=12.262$ ).

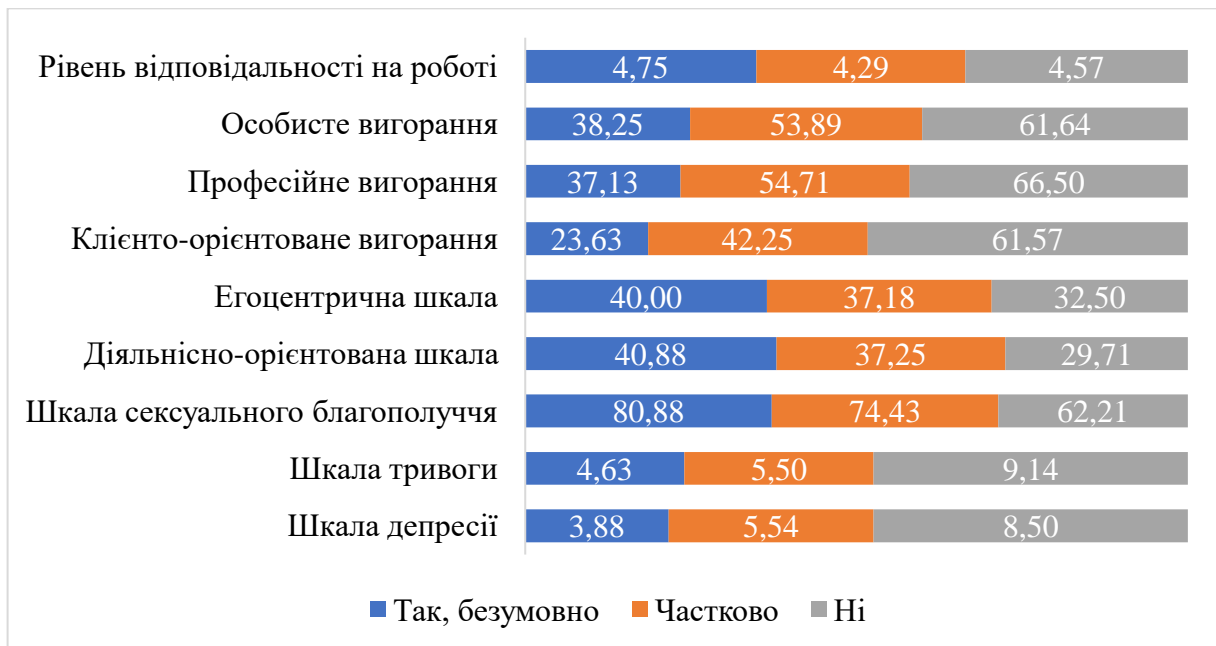
Рівень сексуального благополуччя також значно варіювався між групами ( $\chi^2=13.50$ ,  $df=2$ ,  $p=0.001$ ,  $\varepsilon^2=0.0906$ ). Найвищий рівень спостерігався серед респондентів із безумовною підтримкою ( $M=80.88$ ,  $SD=17.406$ ), а найнижчий — у тих, хто не відчував підтримки ( $M=62.21$ ,  $SD=19.742$ ).

Статистично значущі відмінності за шкалою тривоги ( $\chi^2=18.16$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1218$ ) показали, що найвищий рівень тривоги був серед тих, хто не відчував підтримки ( $M=9.14$ ,  $SD=5.130$ ), тоді як найнижчі значення мали ті, хто безумовно відчував підтримку ( $M=4.63$ ,  $SD=3.854$ ).

Рівень депресії також виявився значущим між групами ( $\chi^2=17.61$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1182$ ). Найвищі показники депресії були серед тих, хто не відчував підтримки ( $M=8.50$ ,  $SD=5.366$ ), а найнижчі — у респондентів із безумовною підтримкою ( $M=3.88$ ,  $SD=2.818$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.10.

Отже, відчуття підтримки від колег і керівництва суттєво впливає на рівень відповідальності, вигорання (особистого, професійного, клієнто-орієнтованого), а також на тривогу, депресію та сексуальне благополуччя. Найкращі показники

спостерігалися серед респондентів, які відчували безумовну підтримку, тоді як найгірші значення були у тих, хто не отримував підтримки.



*Рисунок 3.10 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від рівня підтримки, яку респонденти отримують від колег і керівництва*

Аналіз за допомогою тесту Краскела-Волліса виявив статистично значущі відмінності за кількома показниками залежно від рівня тривоги респондентів (Додаток А, таблиця А.11).

Рівень відповідальності на роботі варіювався між групами ( $\chi^2=8.27$ ,  $p=0.016$ ,  $\epsilon^2=0.0555$ ). Найнижчий показник спостерігався у респондентів із помірним рівнем вираженості симптоматики тривоги ( $M=4.31$ ,  $SD=0.772$ ), тоді як респонденти на межі високого рівня мали найвищі значення ( $M=4.73$ ,  $SD=0.452$ ).

Статистично значущі відмінності були за рівнем особистого вигорання ( $\chi^2=42.04$ ,  $p<.001$ ,  $\epsilon^2=0.2821$ ). Респонденти з помірним рівнем вираженості симптоматики тривоги демонстрували найнижчі показники особистого вигорання ( $M=46.22$ ,  $SD=17.044$ ), тоді як найвищий рівень спостерігався у групи з високим рівнем тривоги ( $M=76.86$ ,  $SD=15.311$ ). Група респондентів на межі високого рівня мала середні показники ( $M=60.09$ ,  $SD=17.565$ ).

Рівень професійного вигорання також суттєво варіювався між групами ( $\chi^2=44.76$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.3004$ ). Найнижчий рівень професійного вигорання був серед респондентів із помірним рівнем тривоги ( $M=47.66$ ,  $SD=19.038$ ), у групи на межі високого рівня показники становили  $M=61.73$  ( $SD=18.089$ ), а респонденти з високим рівнем демонстрували найвищі значення ( $M=79.43$ ,  $SD=12.048$ ).

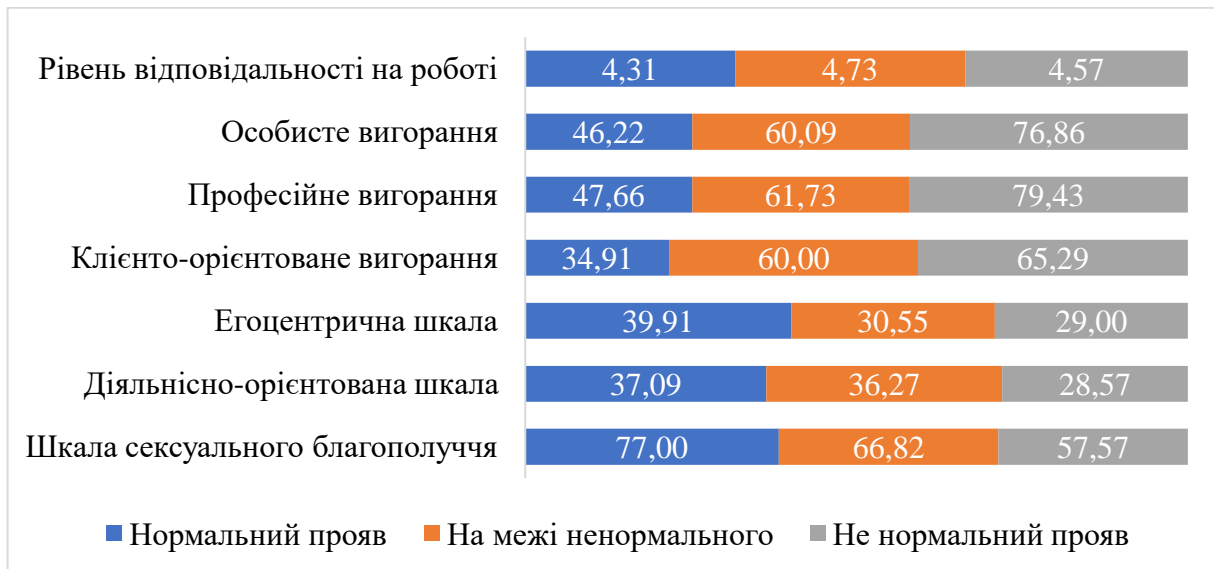
За клієнто-орієнтованим вигоранням також спостерігалися значущі відмінності ( $\chi^2=40.55$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.2722$ ). Найнижчі показники мали респонденти з помірним рівнем тривоги ( $M=34.91$ ,  $SD=21.917$ ), середні значення були у групи на межі високого рівня ( $M=60.00$ ,  $SD=29.445$ ), а найвищі — у респондентів із високим рівнем тривоги ( $M=65.29$ ,  $SD=16.032$ ).

Результати за егоцентричною шкалою ( $\chi^2=34.09$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.2288$ ) свідчать, що найвищі показники демонстрували респонденти із помірним рівнем тривоги ( $M=39.91$ ,  $SD=7.478$ ). У групи на межі високого рівня ці показники становили  $M=30.55$  ( $SD=9.559$ ), а у респондентів із високим рівнем —  $M=29.00$  ( $SD=10.968$ ).

Статистично значущі відмінності спостерігалися за діяльнісно-орієнтованою шкалою ( $\chi^2=8.50$ ,  $p=0.014$ ,  $\varepsilon^2=0.0571$ ). Найвищі показники мали респонденти із помірним рівнем тривоги ( $M=37.09$ ,  $SD=10.571$ ), тоді як найнижчі значення були у респондентів із високим рівнем тривоги ( $M=28.57$ ,  $SD=12.233$ ). Група на межі високого рівня демонструвала середні показники ( $M=36.27$ ,  $SD=8.980$ ).

На шкалі сексуального благополуччя також були виявлені значущі відмінності ( $\chi^2=19.52$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1310$ ). Найвищі показники спостерігалися у респондентів із помірним рівнем тривоги ( $M=77.00$ ,  $SD=17.032$ ), середні значення — у групи на межі високого рівня ( $M=66.82$ ,  $SD=17.800$ ), а найнижчі — серед респондентів із високим рівнем тривоги ( $M=57.57$ ,  $SD=21.777$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.11.

Ці результати показують, що рівень тривоги суттєво впливає на відповідальність, вигорання (особисте, професійне, клієнто-орієнтоване), егоцентричність, діяльнісну орієнтацію та сексуальне благополуччя.



*Рисунок 3.11 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від рівня тривоги*

Аналіз за допомогою тесту Краскела-Волліса виявив статистично значущі відмінності за кількома показниками залежно від рівня депресії респондентів (Додаток А, таблиця А.12).

Рівень особистого вигорання значно відрізнявся між групами ( $\chi^2=49.99$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.3355$ ). Респонденти з помірним рівнем вираженості симптоматики депресії мали найнижчі показники вигорання ( $M=45.61$ ,  $SD=16.793$ ), тоді як респонденти на межі високого рівня депресії демонстрували середні значення ( $M=63.00$ ,  $SD=16.799$ ), а найвищий рівень вигорання спостерігався у групі з високим рівнем депресії ( $M=77.57$ ,  $SD=12.797$ ).

Професійне вигорання також значно варіювалося між групами ( $\chi^2=40.83$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.2741$ ). Найнижчі показники спостерігалися у респондентів із помірним рівнем депресії ( $M=47.42$ ,  $SD=18.802$ ), а у групах на межі високого рівня та з високим рівнем депресії значення були однаково високими ( $M=70.30$ ,  $SD=18.376$  і  $M=70.29$ ,  $SD=15.748$  відповідно).

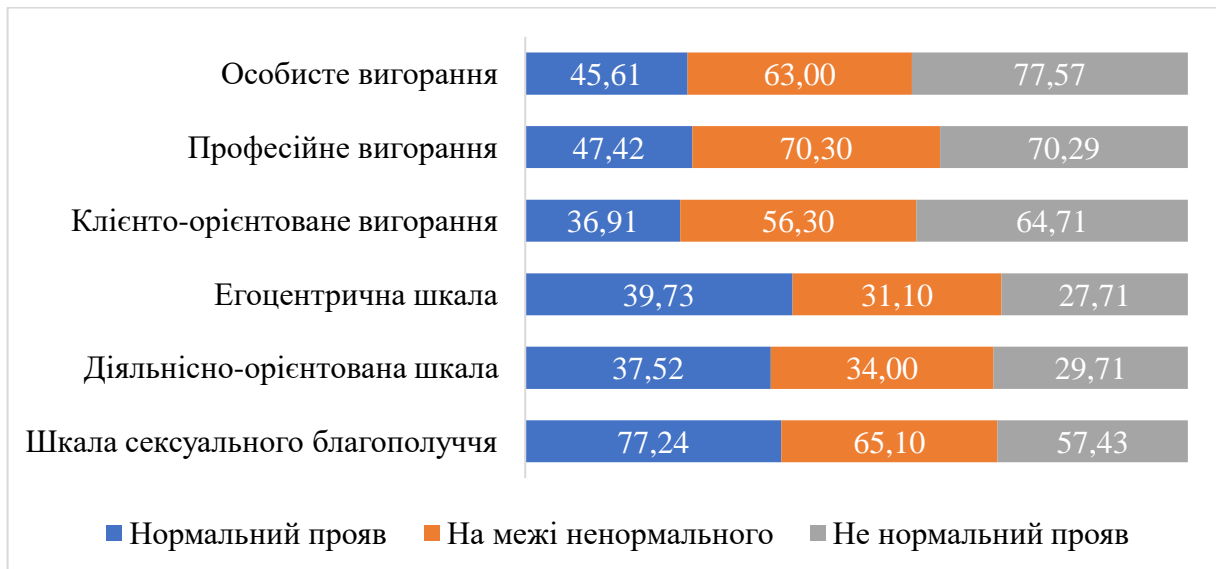
За клієнто-орієнтованим вигоранням були значущі відмінності ( $\chi^2=31.08$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.2086$ ). Найнижчий рівень клієнто-орієнтованого вигорання спостерігався у респондентів із помірним рівнем депресії ( $M=36.91$ ,  $SD=24.266$ ). Група на межі високого рівня продемонструвала середні значення ( $M=56.30$ ,  $SD=27.999$ ), а респонденти з високим рівнем депресії мали найвищі показники ( $M=64.71$ ,  $SD=16.511$ ).

Егоцентрична шкала також показала статистично значущі відмінності ( $\chi^2=34.91$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.2343$ ). Найвищі показники спостерігалися у респондентів із помірним рівнем депресії ( $M=39.73$ ,  $SD=7.539$ ). Група на межі високого рівня мала значно нижчі значення ( $M=31.10$ ,  $SD=9.546$ ), а респонденти з високим рівнем депресії демонстрували найнижчі показники ( $M=27.71$ ,  $SD=10.882$ ).

Статистично значущі відмінності також спостерігалися за діяльнісно-орієнтованою шкалою ( $\chi^2=11.80$ ,  $p=0.003$ ,  $\varepsilon^2=0.0792$ ). Респонденти з помірним рівнем депресії мали найвищі значення ( $M=37.52$ ,  $SD=10.634$ ), тоді як у групи на межі високого рівня цей показник становив  $M=34.00$  ( $SD=9.563$ ), а у респондентів із високим рівнем депресії —  $M=29.71$  ( $SD=11.301$ ).

За шкалою сексуального благополуччя також виявлено значущі відмінності ( $\chi^2=21.64$ ,  $p<.001$ ,  $\varepsilon^2=0.1452$ ). Найвищі значення були серед респондентів із помірним рівнем депресії ( $M=77.24$ ,  $SD=17.062$ ), у той час як група на межі високого рівня демонструвала середні значення ( $M=65.10$ ,  $SD=16.628$ ), а найнижчі показники спостерігалися у респондентів із високим рівнем депресії ( $M=57.43$ ,  $SD=22.004$ ). Графічно описані відмінності представлені на рисунку 3.12.

Рівень депресії суттєво впливає на показники особистого, професійного та клієнто-орієнтованого вигорання, а також на егоцентричну й діяльнісно-орієнтовану шкали та сексуальне благополуччя. Респонденти з помірним рівнем депресії демонстрували найкращі результати за всіма показниками, тоді як група з високим рівнем депресії мала найгірші значення.



*Рисунок 3.12 Статистично значущі відмінності між групами респондентів залежно від рівня депресії*

### **3.3. Встановлення зв'язків між показниками вигорання, сексуальним благополуччям та іншими психологічними характеристиками**

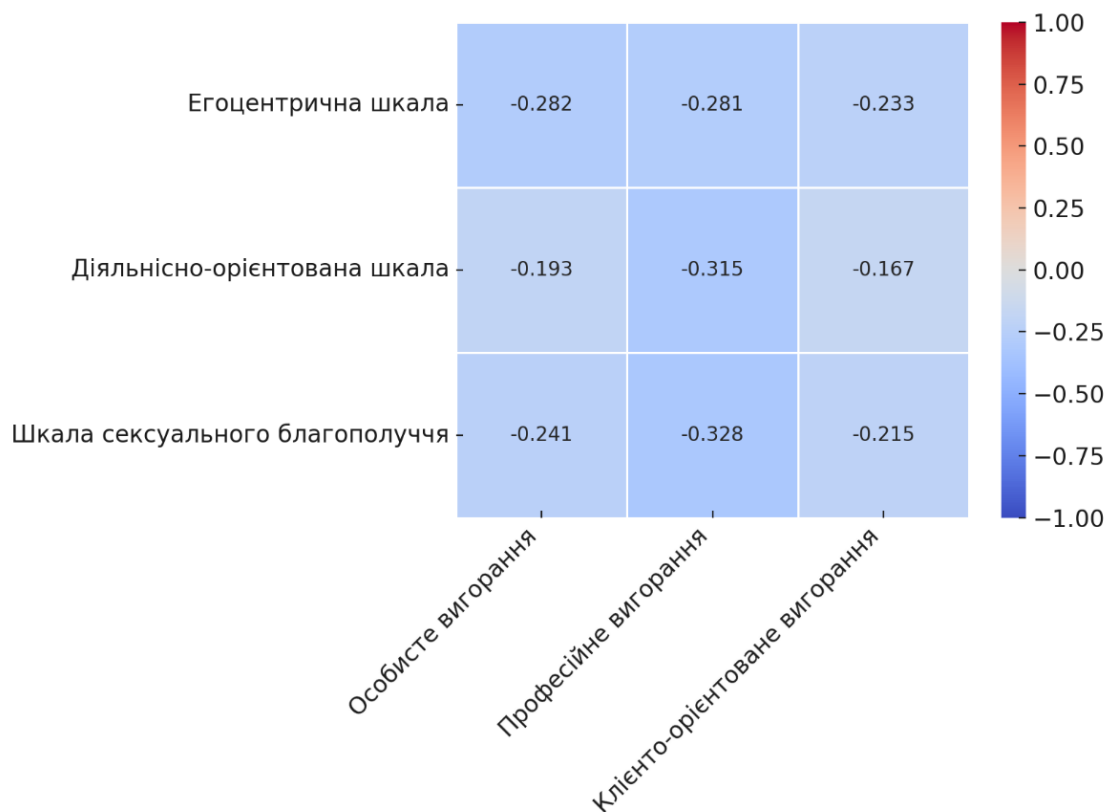
Було досліджено взаємозв'язки між змінними за допомогою коефіцієнту кореляцій за Спірменом, який виявив статистично значущі зв'язків між показниками вигорання (особистого, професійного, клієнто-орієнтованого) та іншими шкалами.

Егоцентрична шкала мала негативний кореляційний зв'язок із усіма трьома видами вигорання. Найсильніший зв'язок спостерігався з особистим ( $\rho = -0.282$ ,  $p < .001$ ) та професійним вигоранням ( $\rho = -0.281$ ,  $p < .001$ ), тоді як з клієнто-орієтованим вигоранням цей зв'язок був трохи слабшим ( $\rho = -0.233$ ,  $p = .004$ ). Це свідчить, що вищий рівень егоцентричності асоціюється з нижчим рівнем вигорання у всіх сферах.

Діяльнісно-орієтована шкала також демонструвала значущі негативні кореляції з усіма типами вигорання. Найсильніший зв'язок був із професійним вигоранням ( $\rho = -0.315$ ,  $p < .001$ ), що вказує на те, що вища діяльнісна орієнтація пов'язана зі зниженням професійного виснаження. Зв'язки з

особистим ( $\rho = -0.193$ ,  $p = .018$ ) та клієнто-орієнтованим вигоранням ( $\rho = -0.167$ ,  $p = .041$ ) були слабшими, але залишалися значущими.

Шкала сексуального благополуччя мала негативний кореляційний зв'язок із усіма трьома типами вигорання. Найсильніший зв'язок спостерігався з професійним вигоранням ( $\rho = -0.328$ ,  $p < .001$ ), тоді як кореляції з особистим ( $\rho = -0.241$ ,  $p = .003$ ) та клієнто-орієнтованим вигоранням ( $\rho = -0.215$ ,  $p = .008$ ) були трохи слабшими. Це свідчить, що вищий рівень сексуального благополуччя пов'язаний зі зниженням вигорання у всіх досліджуваних сферах (Рисунок 3.13).

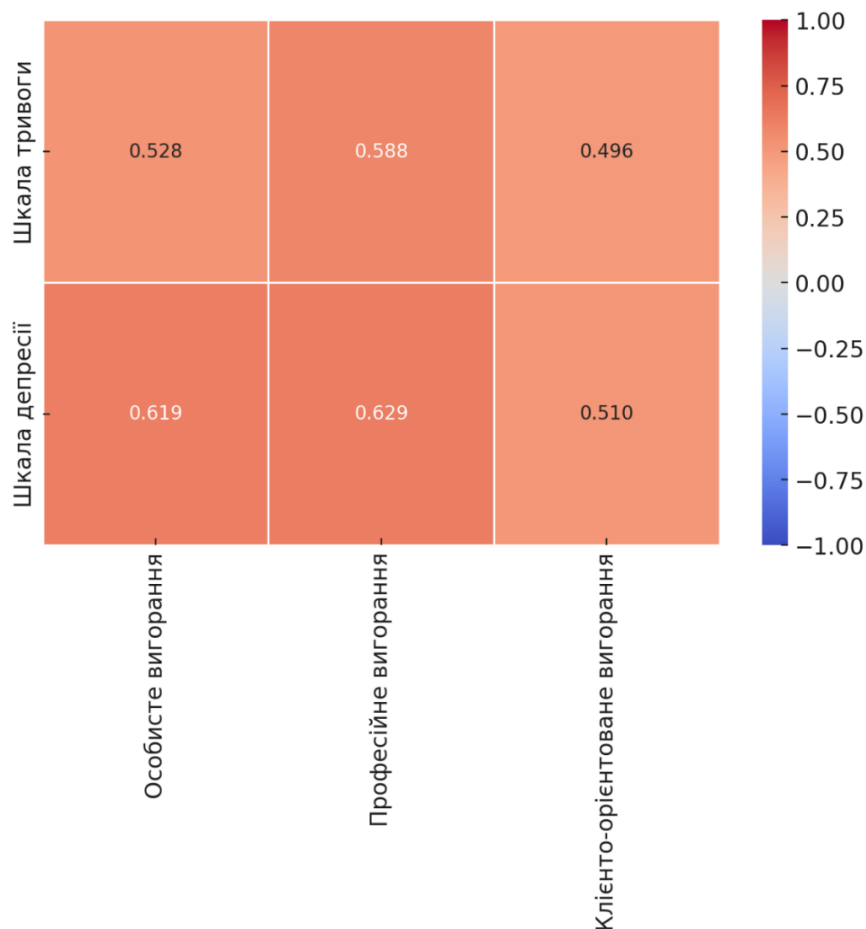


*Рисунок 3.13. Візуалізація кореляційних зв'язків між різними вимірами вигорання та шкалою сексуального благополуччя, діяльнісно-орієнтованою шкалою й егоцентричною шкалою.*

Шкала тривоги демонструвала помірний до сильного позитивний зв'язок із усіма трьома типами вигорання. Найсильніша кореляція була зафіксована з професійним вигоранням ( $\rho = 0.588$ ,  $p < .001$ ), що свідчить про те, що вищий рівень тривоги асоціюється зі значним підвищенням професійного виснаження. Для особистого вигорання цей зв'язок також був помітним ( $\rho = 0.528$ ,  $p < .001$ ),

тоді як із клієнто-орієнтованим вигоранням зв'язок був дещо слабшим, але залишався значущим ( $\rho = 0.496$ ,  $p < .001$ ).

Шкала депресії показала ще сильніші позитивні кореляції з усіма типами вигорання. Найвищий зв'язок спостерігався з професійним вигоранням ( $\rho = 0.629$ ,  $p < .001$ ), а також із особистим вигоранням ( $\rho = 0.619$ ,  $p < .001$ ). Кореляція між депресією та клієнто-орієнтованим вигоранням була дещо слабшою, але все ще досить сильною і значущою ( $\rho = 0.510$ ,  $p < .001$ ) (Рисунок 3.14).

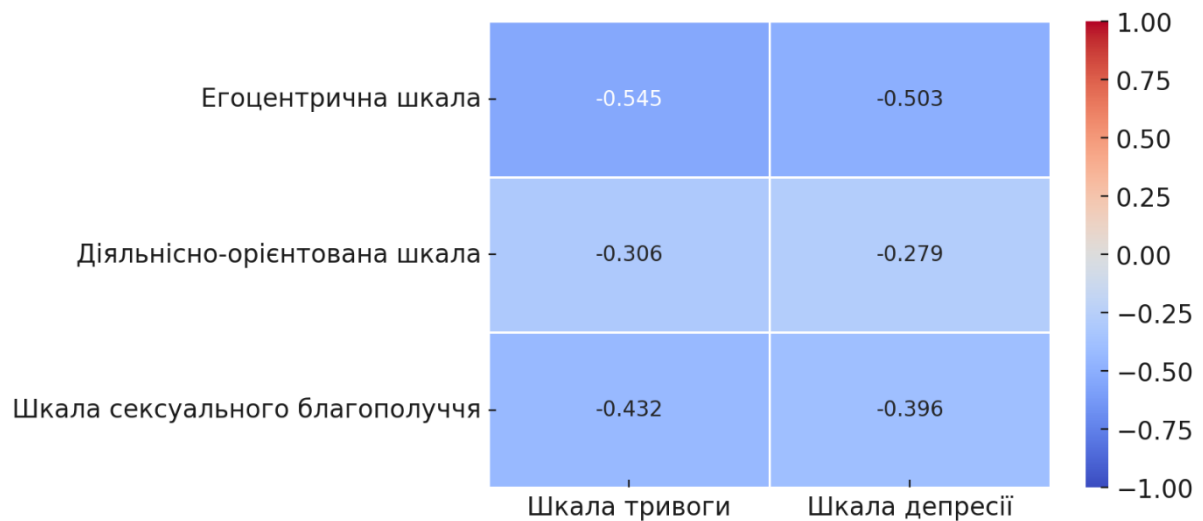


*Рисунок 3.14. Візуалізація кореляційних зв'язків між змінними тривоги, депресії та шкалами, що вимірюють різні типи вигорання*

Егоцентрична шкала демонструвала сильний негативний зв'язок як із тривогою ( $\rho = -0.545$ ,  $p < .001$ ), так і з депресією ( $\rho = -0.503$ ,  $p < .001$ ). Це свідчить про те, що вищий рівень тривоги та депресії пов'язаний зі зниженням егоцентричності респондентів.

Діяльнісно-орієнтована шкала також мала значущі негативні кореляції з тривогою ( $\rho = -0.306$ ,  $p < .001$ ) та депресією ( $\rho = -0.279$ ,  $p < .001$ ), хоча цей зв'язок був помірним. Отже, зростання тривоги та депресії супроводжується зменшенням діяльнісної орієнтації.

Шкала сексуального благополуччя виявила помірний негативний зв'язок із тривогою ( $\rho = -0.432$ ,  $p < .001$ ) та депресією ( $\rho = -0.396$ ,  $p < .001$ ). Це вказує на те, що підвищення тривоги та депресії асоціюється зі зниженням рівня сексуального благополуччя (Рисунок 3.15).



*Рисунок 3.15. Візуалізація кореляційних зв'язків між змінними тривоги, депресії та шкалами сексуального благополуччя, діяльнісно-орієнтованої шкали й егоцентричної шкали.*

### **3.4. Дослідження предикторів сексуального благополуччя державних службовців**

Результати лінійної регресії виявили кілька статистично значущих предикторів для шкали сексуального благополуччя. Загалом, модель була добре підлаштована до даних ( $R = 0.510$ ,  $R^2 = 0.260$ ,  $\text{Adjusted } R^2 = 0.234$ ,  $F(5, 144) = 10.1$ ,  $p < .001$ ), що свідчить про те, що пояснені змінні здатні враховувати 26% варіації у залежній змінній (Таблиця 3.4).

**Таблиця 3.4. Результати лінійної регресії досліджуваних психологічних характеристик як предикторів для шкали сексуального благополуччя**

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	AIC	RMSE	Overall Model Test			
						F	df1	df2	p
1	0,510	0,260	0,234	1280	16,5	10,1	5	144	<.001

Серед усіх предикторів лише шкала депресії виявилася статистично значущою (Estimate = -1.7530, SE = 0.6374,  $t = -2.750$ ,  $p = .007$ , Stand. Estimate = -0.3830). Це свідчить про те, що вищий рівень депресії пов'язаний зі зниженням сексуального благополуччя. Вплив інших змінних, таких як особисте, професійне та клієнто-орієнтоване вигорання, а також тривога, не був статистично значущим (усі  $p > .05$ ).

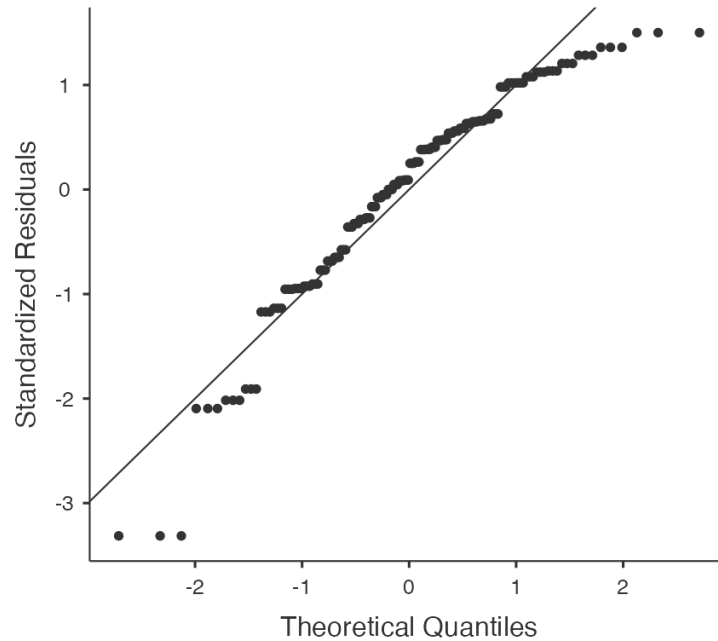
Перевірка нормальності залишків за допомогою тестів Шапіро-Вілка ( $p < .001$ ) та Андерсона-Дарлінга ( $p < .001$ ) свідчить про відхилення від нормального розподілу. Проте тест Колмогорова-Смірнова не підтвердив статистично значущих відхилень ( $p = 0.057$ ), що вказує на необхідність обережного тлумачення.

Тести на гетероскедастичність, такі як Бреуша-Пагана ( $p = 0.097$ ), Голдфельда-Квандта ( $p = 0.813$ ) та Гаррісона-Маккейба ( $p = 0.829$ ), не виявили значущих порушень. Це свідчить про те, що дисперсія залишків є стабільною.

Результати тесту Дарбіна-Вотсона ( $DW = 2.25$ ,  $p = 0.126$ ) вказують на відсутність автокореляції залишків у моделі.

Аналіз мультиколінеарності показав, що значення індексу інфляції дисперсії (VIF) перебувають у межах прийнятних значень для всіх предикторів. Найвищий VIF було виявлено для шкали депресії (VIF = 3.77) та шкали тривоги (VIF = 3.40), однак вони не перевищують критичний рівень у 5, що свідчить про відсутність серйозної мультиколінеарності.

Основним значущим предиктором сексуального благополуччя є рівень депресії, який має сильний негативний вплив. Інші предиктори, такі як тривога, особисте, професійне та клієнто-орієнтоване вигорання, не виявили статистично значущого впливу.



*Рисунок 3.16. Графік квантиль-квантиль (Q-Q plot) стандартних залишків лінійної регресійної моделі для психологічних предикторів сексуального благополуччя.*

Лінійна регресія була проведена для визначення впливу різних соціально-демографічних і професійних змінних на сексуальне благополуччя (Таблиця 3.5). Результати лінійної регресії показали, що модель була статистично значущою і пояснювала 49.6% варіації в шкалі сексуального благополуччя ( $R = 0.704$ ,  $R^2 = 0.496$ ,  $\text{Adjusted } R^2 = 0.409$ ,  $F(22, 127) = 5.69$ ,  $p < .001$ ). Декілька предикторів виявилися статистично значущими.

**Таблиця 3.5. Результати лінійної регресії для різних соціально-демографічних і професійних змінних як предикторів сексуального благополуччя**

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	AIC	RMSE	Overall Model Test			
						F	df1	df2	p
1	0,704	0,496	0,409	1256	13,6	5,69	22	127	<.001

Наявність дітей мала суттєвий вплив на сексуальне благополуччя. Респонденти, які не мають дітей, демонстрували вищі показники сексуального

благополуччя порівняно з тими, хто має дітей (Estimate = 15.337, SE = 5.22,  $t = 2.939$ ,  $p = .004$ , Stand. Estimate = 0.7994).

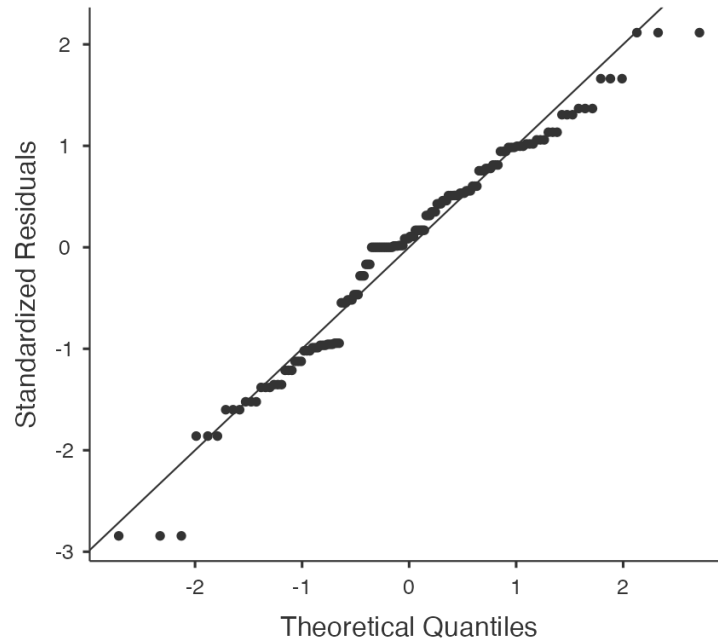
Місце проживання також виявилось значущим фактором. Мешканці селищ міського типу мали значно нижчі показники сексуального благополуччя порівняно з респондентами, які проживають у містах із населенням понад 1 млн (Estimate = -28.076, SE = 6.77,  $t = -4.149$ ,  $p < .001$ , Stand. Estimate = -1.4635). Водночас мешканці сіл демонстрували вищі показники сексуального благополуччя порівняно з мешканцями великих міст (Estimate = 11.510, SE = 5.10,  $t = 2.257$ ,  $p = .026$ , Stand. Estimate = 0.6000).

Додаткова професійна діяльність мала негативний вплив на сексуальне благополуччя. Ті респонденти, які не займалися додатковою професійною діяльністю, демонстрували нижчі показники сексуального благополуччя (Estimate = -15.131, SE = 7.28,  $t = -2.079$ ,  $p = .040$ , Stand. Estimate = -0.7887).

Вплив робочих обов'язків на особисте життя також виявився важливим предиктором. Респонденти, які відчували лише частковий вплив робочих обов'язків на особисте життя, мали вищі показники сексуального благополуччя порівняно з тими, хто зазначив значний вплив (Estimate = 11.568, SE = 3.64,  $t = 3.175$ ,  $p = .002$ , Stand. Estimate = 0.6030). Аналогічно, респонденти, які не відчували впливу робочих обов'язків на особисте життя, демонстрували вищі показники сексуального благополуччя порівняно з тими, хто відчував значний вплив (Estimate = 13.175, SE = 4.48,  $t = 2.942$ ,  $p = .004$ , Stand. Estimate = 0.6867).

Також було виявлено вплив підтримки від колег і керівництва. Респонденти, які не відчували підтримки, мали нижчі показники сексуального благополуччя порівняно з тими, хто відчував підтримку повною мірою (Estimate = -11.004, SE = 5.06,  $t = -2.176$ ,  $p = .031$ , Stand. Estimate = -0.5736).

Таким чином, основними факторами, які впливають на сексуальне благополуччя, є наявність дітей, місце проживання, додаткова професійна діяльність, вплив робочих обов'язків на особисте життя та підтримка від колег і керівництва.



*Рисунок 3.17. Графік квантиль-квантиль (Q-Q plot) стандартних залишків лінійної регресійної моделі для соціально-демографічних і професійних предикторів сексуального благополуччя.*

Для визначення впливу соціально-демографічних та професійних змінних на сексуальне благополуччя було проведено лінійну регресію. Модель виявилася статистично значущою, пояснюючи 65.4% варіації залежної змінної ( $R = 0.809$ ,  $R^2 = 0.654$ ,  $\text{Adjusted } R^2 = 0.578$ ,  $F(27, 122) = 8.55$ ,  $p < .001$ ). У межах аналізу було оцінено вплив таких предикторів, як сімейний стан, наявність дітей, місце проживання, стаж роботи, вплив робочих обов'язків на особисте життя та рівень депресії (Таблиця 3.6).

**Таблиця 3.6. Результати лінійної регресії для соціально-демографічних, професійних та психологічних змінних як предикторів сексуального благополуччя**

Model	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	AIC	RMSE	Overall Model Test			
						F	df1	df2	p
1	0,809	0,654	0,578	1210	11,2	8,55	27	122	<.001

Наявність дітей мала значний вплив на сексуальне благополуччя. Респонденти, які не мали дітей, демонстрували вищі показники сексуального

благополуччя порівняно з тими, хто має дітей (Estimate = 15.96, SE = 4.63,  $t = 3.44$ ,  $p < .001$ , Stand. Estimate = 0.83).

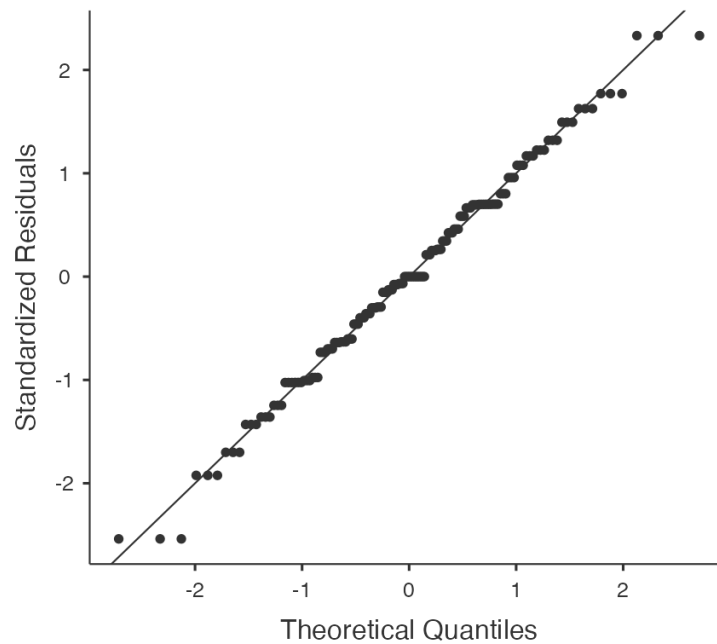
Місце проживання також виявилось важливим фактором. Респонденти, які проживають у селищах міського типу, мали значно нижчі показники сексуального благополуччя порівняно з тими, хто мешкає у великих містах із населенням понад 1 млн (Estimate = -40.21, SE = 6.37,  $t = -6.31$ ,  $p < .001$ , Stand. Estimate = -2.10).

Сімейний стан вплинув на сексуальне благополуччя: респонденти, які перебували у стосунках, демонстрували вищі показники сексуального благополуччя порівняно з самотніми (Estimate = 11.48, SE = 4.55,  $t = 2.52$ ,  $p = .013$ , Stand. Estimate = 0.60), а респонденти, які були розлученими, мали ще вищі показники (Estimate = 20.79, SE = 8.96,  $t = 2.32$ ,  $p = .022$ , Stand. Estimate = 1.08).

Стаж роботи на державній службі також показав статистично значущі відмінності. Респонденти зі стажем понад 10 років мали вищі показники сексуального благополуччя порівняно з тими, хто працює менше 1 року (Estimate = 35.33, SE = 10.78,  $t = 3.28$ ,  $p = .001$ , Stand. Estimate = 1.84). Аналогічно, респонденти зі стажем 3–5 років (Estimate = 32.81, SE = 11.27,  $t = 2.91$ ,  $p = .004$ ) та 5–10 років (Estimate = 33.03, SE = 10.46,  $t = 3.16$ ,  $p = .002$ ) також демонстрували вищі показники сексуального благополуччя.

Рівень депресії показав суттєвий негативний вплив на сексуальне благополуччя. Зі збільшенням рівня депресії сексуальне благополуччя значно знижувалося (Estimate = -2.88, SE = 0.64,  $t = -4.48$ ,  $p < .001$ , Stand. Estimate = -0.63).

Також був виявлений вплив робочих обов'язків на особисте життя. Респонденти, які відчували частковий вплив обов'язків на особисте життя, мали вищі показники сексуального благополуччя порівняно з тими, хто відчував значний вплив (Estimate = 8.90, SE = 3.65,  $t = 2.44$ ,  $p = .016$ , Stand. Estimate = 0.46).



*Рисунок 3.18. Графік квантиль-квантиль (Q-Q plot) стандартних залишків лінійної регресійної моделі для соціально-демографічних, професійних та психологічних предикторів сексуального благополуччя.*

Таким чином, основними факторами, що впливають на сексуальне благополуччя, є наявність дітей, місце проживання, сімейний стан, стаж роботи, вплив робочих обов'язків на особисте життя та рівень депресії. Отримані результати підкреслюють значущість як соціально-демографічного контексту, так і психологічного стану у формуванні сексуального благополуччя.

### **Висновки до розділу 3**

Проведене дослідження дозволило виявити закономірності впливу соціально-демографічних і професійних факторів; особистого, професійного та клієнто-орієнтованого вигорання, тривоги, депресії на сексуальне благополуччя державних службовців. Виявлено значущі гендерні відмінності: жінки демонстрували вищий рівень особистого та професійного вигорання, а також мали підвищені показники тривоги та депресії. Респонденти, які займалися додатковою професійною діяльністю, мали вищий рівень відповідальності, але водночас характеризувалися підвищеним рівнем клієнто-орієнтованого

вигорання та тривожності. Особи, що працювали у вечірній час або у вихідні, демонстрували вищий рівень відповідальності на роботі, але також частіше зазнавали особистого вигорання.

Сімейний стан справляє значний вплив на рівень вигорання, тривоги та депресії, причому найбільш уразливою групою є розлучені респонденти. Низький рівень доходу корелює з вищими показниками вигорання, тривоги та депресії, що підкреслює значущість фінансової стабільності для психологічного благополуччя. Жителі великих міст демонструють вищий рівень відповідальності, тривоги та депресії, тоді як мешканці менших населених пунктів мають нижчі рівні цих показників. Особи з меншим стажем роботи виявилися більш вразливими до професійного вигорання, зокрема респонденти зі стажем 1–3 роки мали найвищі показники виснаження.

Кореляційний аналіз засвідчив значущі взаємозв'язки між вигоранням, тривогою, депресією та іншими шкалами. Вищий рівень тривоги та депресії асоціюється зі збільшенням показників професійного та особистого вигорання, тоді як високий рівень сексуального благополуччя та діяльнісної орієнтації супроводжується нижчими показниками вигорання. Відчуття підтримки з боку керівництва та колег є визначальним фактором зниження рівня вигорання, тривоги та депресії, що свідчить про значущість соціальної підтримки у робочому середовищі.

Результати лінійної регресії виявили, що основним предиктором сексуального благополуччя є рівень депресії, який має суттєвий негативний вплив. Також значущими факторами є наявність дітей, місце проживання, стаж роботи та підтримка від колег і керівництва. Отримані результати підкреслюють необхідність розробки комплексних програм психологічної підтримки працівників, особливо для осіб із високим рівнем тривоги та депресії. Рекомендується запровадження політик щодо збереження балансу між роботою та особистим життям, а також підвищення рівня підтримки у професійних колективах. Враховуючи вплив додаткової професійної діяльності на

психологічний стан, доцільним є аналіз її наслідків та розробка заходів для оптимізації робочого навантаження.

Аналіз отриманих результатів свідчить про комплексний вплив професійного вигорання на сексуальне благополуччя державних службовців. Зокрема, було виявлено, що високий рівень емоційного виснаження негативно корелює з рівнем задоволеності інтимним життям, що може бути зумовлено психофізіологічними механізмами стресу. Високий рівень напруги, характерний для службовців із проявами вигорання, значно знижує можливості для підтримки гармонійних стосунків, що, у свою чергу, сприяє загальному погіршенню емоційного стану та підвищенню рівня тривожності й депресії.

Крім того, аналіз продемонстрував, що вплив професійного вигорання на сексуальне благополуччя є диференційованим залежно від рівня соціальної підтримки. Особи, які відчувають підтримку колег і керівництва, мають значно вищий рівень сексуального благополуччя порівняно з тими, хто стикається з недостатньою підтримкою. Це свідчить про важливість командного середовища та корпоративної культури у збереженні психологічного здоров'я працівників.

Таким чином, отримані результати підтверджують гіпотезу про тісний взаємозв'язок між професійним вигоранням та сексуальним благополуччям державних службовців. Виявлені закономірності можуть бути використані для розробки превентивних заходів, спрямованих на мінімізацію негативного впливу вигорання, що сприятиме підвищенню рівня загального благополуччя працівників державного сектору.

## ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження можна зробити низку важливих висновків щодо особливостей сексуального благополуччя та професійного вигорання державних службовців, їх взаємозв'язку, а також впливу соціально-демографічних та професійних чинників на ці явища.

1. Проведений теоретичний аналіз продемонстрував, що сексуальне благополуччя є багатовимірним конструктом, який включає фізичні, психологічні, емоційні та соціальні компоненти. Його формування залежить від складної системи соціально-культурних факторів, серед яких особливу роль відіграють культурні норми, гендерні стереотипи, освітні системи та індивідуальний життєвий досвід. Важливим механізмом підтримки сексуального благополуччя є сексуальна грамотність, що забезпечує індивіда необхідними знаннями, навичками та установками.

Щодо професійного вигорання, теоретичний аналіз показав, що воно є наслідком хронічного робочого стресу, який не був успішно подоланий. Професійне вигорання визначається як синдром, що супроводжується емоційним, фізичним і когнітивним виснаженням. Основними його компонентами є емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція професійних досягнень. Було встановлено, що розвиток професійного вигорання проходить через кілька стадій: від надмірного залучення у роботу до повного емоційного виснаження та апатії.

Професійне вигорання має значні фізіологічні та психологічні наслідки: хронічна втома, головний біль, порушення сну, зниження імунітету, когнітивні порушення, а також розвиток тривожних і депресивних станів. До основних чинників, що сприяють розвитку вигорання, належать високе робоче навантаження, жорсткі дедлайни, багатозадачність, низька матеріальна винагорода, бюрократичний тиск та постійний контроль з боку керівництва.

Важливим аспектом є взаємозв'язок професійного вигорання та сексуального благополуччя. Дослідження доводять, що хронічний стрес і

вигорання можуть спричиняти гормональні порушення, зниження лібідо та сексуальні дисфункції.

2. Емпіричний аналіз продемонстрував значні відмінності у рівнях сексуального благополуччя та професійного вигорання залежно від соціально-демографічних та професійних факторів. Жінки демонстрували вищий рівень особистого та професійного вигорання, а також мали підвищені показники тривоги та депресії. Респонденти, які займалися додатковою професійною діяльністю, мали вищий рівень відповідальності, але водночас характеризувалися підвищеним рівнем клієнто-орієнтованого вигорання та тривожності. Особи, що працювали у вечірній час або у вихідні, демонстрували вищий рівень відповідальності на роботі, але також частіше зазнавали особистого вигорання. Сімейний стан справляє значний вплив на рівень вигорання, тривоги та депресії, причому найбільш уразливою групою є розлучені респонденти. Низький рівень доходу корелює з вищими показниками вигорання, тривоги та депресії, що підкреслює значущість фінансової стабільності для психологічного благополуччя. Жителі великих міст демонструють вищий рівень відповідальності, тривоги та депресії, тоді як мешканці менших населених пунктів мають нижчі рівні цих показників. Особи з меншим стажем роботи виявилися більш вразливими до професійного вигорання, зокрема респонденти зі стажем 1–3 роки мали найвищі показники виснаження.

3. Кореляційний аналіз засвідчив значущі взаємозв'язки між вигоранням, тривогою, депресією та іншими шкалами. Вищий рівень тривоги та депресії асоціюється зі збільшенням показників професійного та особистого вигорання, тоді як високий рівень сексуального благополуччя та діяльнісної орієнтації супроводжується нижчими показниками вигорання. Відчуття підтримки з боку керівництва та колег є визначальним фактором зниження рівня вигорання, тривоги та депресії, що свідчить про значущість соціальної підтримки у робочому середовищі.

4. Результати лінійної регресії виявили, що основним предиктором сексуального благополуччя є рівень депресії, який має суттєвий негативний

вплив. Також значущими факторами є наявність дітей, місце проживання, стаж роботи та підтримка від колег і керівництва.

Отримані результати підтвердили тісний взаємозв'язок між професійним вигоранням та сексуальним благополуччям державних службовців. Виявлені закономірності можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки, спрямованих на мінімізацію негативного впливу вигорання та покращення загального благополуччя працівників державного сектору. Впровадження заходів з управління стресом, нормалізація робочого навантаження, а також підвищення рівня соціальної підтримки є важливими факторами для покращення як професійного, так і особистого життя службовців.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гупаловська, В. (2021). Суб'єктивне сексуальне благополуччя : концептуалізація поняття та психологічна модель. *Psychological journal*, 7 (9), 36-47. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.9.3>
2. Сазонова, Т., Васюха, О. (2024). Вплив емоційного вигорання на поведінку персоналу. *Український журнал прикладної економіки та техніки*, 9 (3). 241-245 <https://doi.org/10.36887/2415-8453-2024-3-42>
3. Спринська, З (2024). Аналіз особливостей професійного вигорання у психологів. *Габітус. Психологія особистості*, 58, 194-199 <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.58.32>
4. Abdollahi, A, Talib, M A (2016). Self-esteem, body-esteem, emotional intelligence, and social anxiety in a college sample: the moderating role of weight. *Psychology, Health & Medicine*, 21, 221 - 225. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1017825>
5. Ali, A A et al. (2022). The Relation between Job Demands, Stress and Burnout among Nursing Staff regarding their Knowledge about Climate Changes. *Egyptian Journal of Health Care*. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.334058>
6. Alimbekov, A et al. (2024). Perceived organizational support and job burnout with the mediating mechanism of self-esteem. *International Journal of Educational Management*. <https://doi.org/10.1108/ijem-03-2024-0130>
7. Amaro, H D et al. (2022). Sexual gender roles and stereotypes and the sexual double standard in sexual satisfaction among Portuguese college students: an exploratory study. *Psychology & Sexuality*, 13, 1350 - 1365. <https://doi.org/10.1080/19419899.2022.2039271>
8. Anderson, E (2022). A Phenomenological Approach to Sexual Consent. *Feminist Philosophy Quarterly*. <https://doi.org/10.5206/fpq/2022.2.14239>
9. Archer, S et al. (2014). Mistimed sleep disrupts circadian regulation of the human transcriptome. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111, E682 - E691. <https://doi.org/10.1073/pnas.1316335111>

10. Armon, G et al. (2010). Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of occupational health psychology*, 15(4), 399-408. <https://doi.org/10.1037/a0020726>
11. Athamneh, S (2024). Human resource management practices and their impact on healthcare workers' job satisfaction and burnout in the Jordanian public sector. *Problems and Perspectives in Management*. [https://doi.org/10.21511/ppm.22\(1\).2024.50](https://doi.org/10.21511/ppm.22(1).2024.50)
12. Awashreh, R, AlGhunaimi, H (2024). Navigating Burnout in the Public Sector: Strategies for Enhancing Employee Well-Being and Organizational Performance. *EVOLUTIONARY STUDIES IN IMAGINATIVE CULTURE*. <https://doi.org/10.70082/esiculture.vi.1855>
13. Azab, A E (2022). The Role of Oxytocin, Prolactin, and Estrogen in Male Sexual Functions. *Journal of Clinical Research and Reports*. <https://doi.org/10.31579/2690-1919/228>
14. Bajaan, L A C et al. (2023). The Prevalence of the Burnout Syndrome and Factors Associated in the Students of Dentistry in Integral Clinic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Dentistry*, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/5576835>
15. Beckmeyer, J J et al. (2021). Sexual pleasure during college students' most recent partnered sexual experiences. *Journal of American College Health*, 71, 2550 - 2561. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1978461>
16. Beres, M (2021). From ignorance to knowledge: Sexual consent and queer stories. *Feminism & Psychology*, 32, 137 - 155. <https://doi.org/10.1177/09593535211059003>
17. Beschoner, P et al. (2021). Effort-Reward-Imbalance, Burnout, and Depression Among Psychiatrists 2006 and 2016-Changes After a Legislative Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.641912>
18. Blanch, À, Aluja, A (2012). Social support (family and supervisor), work-family conflict, and burnout: Sex differences. *Human Relations*, 65, 811 - 833. <https://doi.org/10.1177/0018726712440471>

19. Bond, K et al. (2021). Race-Based Sexual Stereotypes, Gendered Racism, and Sexual Decision Making Among Young Black Cisgender Women. *Health Education & Behavior*, 48, 295 - 305. <https://doi.org/10.1177/10901981211010086>
20. Bowins, B (2004). Psychological Defense Mechanisms: A New Perspective. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64, 1-26. <https://doi.org/10.1023/B:TJJP.0000017989.72521.26>
21. Brandon-Friedman, R A, Swafford, T R (2023). Gender Differences in Sexual Well-Being and Sexual Identity Development among Youth Formerly in the Foster Care System in the United States. *Youth*. <https://doi.org/10.3390/youth3010013>
22. Brassard, A et al. (2023). Attachment, Sexual Motives, and Sexual Satisfaction among Couples Expecting their First Child. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49, 755 - 771. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2193190>
23. Budge, S L, Katz-Wise, S L (2019). Sexual Minorities' Gender Norm Conformity and Sexual Satisfaction: The Mediating Effects of Sexual Communication, Internalized Stigma, and Sexual Narcissism. *International Journal of Sexual Health*, 31, 36 - 49. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1564411>
24. Bukharov, D S (2022). Psychological Burnout Features Amongst Medical Workers. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2022.03.100>
25. Byers, E et al. (2022). Anxiety Sensitivity in the Sexual Context: Links between Sexual Anxiety Sensitivity and Sexual Well-Being. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49, 550 - 562. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2156955>
26. Calabró, R et al. (2019). Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? *Brain and Behavior*, 9. <https://doi.org/10.1002/brb3.1389>
27. Canoy, C F (2025). Love of the Lotus: Exploring Romantic Relationships Among Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Interdisciplinary Perspectives*. <https://doi.org/10.69569/jip.2024.0660>

28. Carasso, E, Dikla, S (2024). Marital strain and emotional intimacy in midlife couples: The moderating role of empathy. *Personal Relationships*. <https://doi.org/10.1111/per.12559>
29. Carlotto, M, Câmara, S (2019). Burnout Syndrome in Public Servants: Prevalence and association with Occupational Stressors. *Psico-USF*. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240302>
30. Carnes, P (1998). The case for sexual anorexia: An interim report on 144 patients with sexual disorders. *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 5, 293-309. <https://doi.org/10.1080/10720169808402338>
31. Carrobes, J A et al. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales De Psicología*, 27, 27-34. <https://www.semanticscholar.org/paper/3c3e974397e1bf49990665e77ebf0def71b2cbf9>
32. Cera, N et al. (2012). Macrostructural Alterations of Subcortical Grey Matter in Psychogenic Erectile Dysfunction. *PLoS ONE*, 7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039118>
33. Chernyavska, T et al. (2022). Sexual Satisfaction as a Factor of Psychological Well-Being. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/285>
34. Ciobanu, A et al. (2021). Association between burnout and immunological and endocrine alterations. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 62, 13 - 18. <https://doi.org/10.47162/RJME.62.1.02>
35. Clauw, D (1995). The pathogenesis of chronic pain and fatigue syndromes, with special reference to fibromyalgia. *Medical hypotheses*, 44(5), 369-78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8583967>
36. Coleman, E et al. (2021). Advancing Sexual Pleasure as a Fundamental Human Right and Essential for Sexual Health, Overall Health and Well-Being: An

- Introduction to the Special Issue on Sexual Pleasure. *International Journal of Sexual Health*, 33, 473 - 477. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2015507>
37. Collins, R L et al. (2017). Sexual Media and Childhood Well-being and Health. *Pediatrics*, 140, S162 - S166. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758X>
38. Daenen, L et al. (2015). Exercise, Not to Exercise, or How to Exercise in Patients With Chronic Pain? Applying Science to Practice. *The Clinical Journal of Pain*, 31, 108–114. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000099>
39. Delgado, J J V (2020). Stress 0.0. Experimental Program of Meditations for Stress Reduction. Effects of Stress on Human Health. <https://doi.org/10.5772/intechopen.91347>
40. Diao, D et al. (2024). Sex differences in burnout and work-family conflict among Chinese emergency nurses: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1492662>
41. Dunne, N (2014). It never rains but it pours? Liability for umbrella effects under EU competition law in Kone. *Common Market Law Review*. <https://doi.org/10.54648/cola2014139>
42. Eckle, T (2015). Editorial: Health Impact and Management of a Disrupted Circadian Rhythm and Sleep in Critical Illnesses. *Current pharmaceutical design*, 21(24), 3428-30. <https://doi.org/10.2174/1381612821999150709123504>
43. Edwards, C et al. (2024). Low physical fitness indicates future injury, mental health, menstrual cycle disruptions and burnout in female emergency service personnel and healthcare providers. *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme*. <https://doi.org/10.1139/apnm-2024-0266>
44. Edwards, D (2011). SIMPLIFYING ALETHIC PLURALISM. *Southern Journal of Philosophy*, 49, 28-48. <https://doi.org/10.1111/J.2041-6962.2010.00043.X>
45. Evans-Paulson, R et al. (2023). Critical media attitudes as a buffer against the harmful effects of pornography on beliefs about sexual and dating violence. *Sex education*, 24(6), 799-815. <https://doi.org/10.1080/14681811.2023.2241133>

46. Fernández-Sánchez, J C et al. (2018). [Burnout and executive functions in Palliative Care health professionals: influence of burnout on decision making]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 41(2), 171-180. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0308>
47. Ferroni, P, Taffe, J (1997). Women's emotional well-being: The importance of communicating sexual needs. <https://doi.org/10.1080/02674659708408155>
48. Finnerty, F, Shahmanesh, M (2016). Sexual and reproductive health in the European refugee crisis. *Sexually Transmitted Infections*, 92, 485 - 486. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052538>
49. Fischer, L et al. (2024). Effects of chronic mild stress induced from peripuberty on sexual behavior in male rats, with or without escitalopram treatment. *Andrology*. <https://doi.org/10.1111/andr.13620>
50. Ford, J et al. (2021). The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide. *International Journal of Sexual Health*, 33, 612 - 642. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2023718>
51. Freudenberger, H (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. <https://doi.org/10.1111/J.1540-4560.1974.TB00706.X>
52. Gabel, S (2013). Demoralization in Health Professional Practice: Development, Amelioration, and Implications for Continuing Education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 33, 118–126. <https://doi.org/10.1002/chp.21175>
53. García-Albacete, G M (2014). Young People's Political Participation in Western Europe: Continuity or Generational Change? <https://www.semanticscholar.org/paper/cfa678dda94ec555e2c62e78a4f6d2af5e2f5437>
54. Gelaw, Y et al. (2023). Burnout and resilience at work among health professionals serving in tertiary hospitals, in Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1118450>

55. Genez, L F et al. (2024). COMPORTAMENTO SEXUAL DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA E BULIMIA. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v35.1153>
56. Gheorghită, V et al. (2015). Endocrine dysfunction in sepsis: a beneficial or deleterious host response? *Germes*, 5(1), 17-25. <https://doi.org/10.11599/germs.2015.1067>
57. Giampetruzzi, F, Garruti, G (2016). Links between Autonomic Dysfunction and Metabolic Syndrome. *Journal of metabolic syndrome*, 2016, 1-6. <https://doi.org/10.4172/2167-0943.1000195>
58. Griffin, M et al. (2010). Job Involvement, Job Stress, Job Satisfaction, and Organizational Commitment and the Burnout of Correctional Staff. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 239 - 255. <https://doi.org/10.1177/0093854809351682>
59. Grift, T C v d et al. (2018). Body Image and Self-Esteem in Disorders of Sex Development: A European Multicenter Study. *Health Psychology*, 37, 334–343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>
60. Guzmán-González, M et al. (2023). Internalized homonegativity moderates the association between attachment avoidance and emotional intimacy among same-sex male couples. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1148005>
61. Hamilton, L D, Julian, A M (2014). The Relationship Between Daily Hassles and Sexual Function in Men and Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40, 379 - 395. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.864364>
62. Hamilton, L D, Meston, C (2013). Chronic stress and sexual function in women. *The journal of sexual medicine*, 10(10), 2443-54. <https://doi.org/10.1111/jsm.12249>
63. Hinchliff, S, Gott, M (2004). Perceptions of Well-Being in Sexual Ill Health: What Role does Age Play? *Journal of Health Psychology*, 9, 649 - 660. <https://doi.org/10.1177/1359105304045361>
64. Houmaini, L E, Zeggwagh, A (2021). Prevalence of burnout among nurses practicing in the surgical departments of a Moroccan university hospital.

- International Surgery Journal, 8, 795. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.ISJ20210908>
65. Humboldt, S v et al. (2024). Sexual Well-Being in Old Age: Effectiveness of an Intervention Program to Promote Sexual Well-Being in Older Community-Dwelling Adults. Social Sciences. <https://doi.org/10.3390/socsci13120650>
66. Hurley, J et al. (2016). Nexus between preventive policy inadequacies, workplace bullying, and mental health: Qualitative findings from the experiences of Australian public sector employees. International journal of mental health nursing, 25(1), 12-8. <https://doi.org/10.1111/inm.12190>
67. Iwasa, T et al. (2017). Gonadotropin-Inhibitory Hormone Plays Roles in Stress-Induced Reproductive Dysfunction. Frontiers in Endocrinology, 8. <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00062>
68. Jaapar, N S et al. (2024). Relationship between Social Physique Anxiety, Body Image Dissatisfaction, Personality Types and Self-Esteem among Malaysian Young Adults. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences. <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v14-i12/23998>
69. Jaracz, M et al. (2017). Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants. PLoS ONE, 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176698>
70. Jarosz, K, Młynarska, A (2024). The Impact of Sociodemographic Factors on Job Satisfaction and Professional Burnout among Nurses in Urology Departments. Nursing Reports, 14, 883 - 900. <https://doi.org/10.3390/nursrep14020068>
71. John, A et al. (2024). The influence of burnout on cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1326745>
72. Jonsdottir, I, Dahlman, A S (2018). MECHANISMS IN ENDOCRINOLOGY Endocrine and immunological aspects of burnout: a narrative review. European Journal of Endocrinology, 180, R147 - R158. <https://doi.org/10.1530/EJE-18-0741>

73. Joshi, S K et al. (2024). SS60-05 RISK OF BURNOUT AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS IN NEPAL. *Occupational Medicine*. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae023.0353>
74. Jung, H et al. (2023). Gender difference in impact of mental health during the COVID-19 pandemic on sexual function. *Journal of Men's Health*. <https://doi.org/10.22514/jomh.2023.104>
75. Kalmbach, D et al. (2019). Sexual function and distress in postmenopausal women with chronic insomnia: exploring the role of stress dysregulation. *Nature and Science of Sleep*, 11, 141 - 153. <https://doi.org/10.2147/NSS.S213941>
76. Kelestimur, H et al. (2021). Effects of treadmill exercise on sexual behavior and reproductive parameters in chronically stressed-male rats. *Physiological research*. <https://doi.org/10.33549/physiolres.934585>
77. Khalifian, C, Barry, R (2016). Trust, attachment, and mindfulness influence intimacy and disengagement during newlyweds' discussions of relationship transgressions. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*, 30(5), 592-601. <https://doi.org/10.1037/fam0000194>
78. Kim, J (2015). What Increases Public Employees' Turnover Intention? *Public Personnel Management*, 44, 496 - 519. <https://doi.org/10.1177/0091026015604447>
79. Kismödi, E et al. (2014). Advancing sexual health through human rights: The role of the law. *Global Public Health*, 10, 252 - 267. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.986175>
80. Kocur, D et al. (2023). I have self-compassion so I feel sexy! Sexual satisfaction and self-compassion effects on self-esteem and body esteem. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*. <https://doi.org/10.21697/sp.2023.23.1.01>
81. Langolf, D (2012). Theorie und Praxis des Service Learnings in Unterricht und Schule. <https://www.semanticscholar.org/paper/2b7e6f7f35f658a073f0124331fad010ffb064c6>

- 82.Lazar, A, Gewirtz-Meydan, A (2024). The double-edged sword of sexual sanctification: Moderation of the associations between sexual dysfunctions and sexual and psychological well-being. *Archive for the Psychology of Religion*. <https://doi.org/10.1177/00846724241295780>
- 83.Lee, S et al. (2018). Promoting sexual well-being in social work education and practice. *Social Work Education*, 37, 315 - 327. <https://doi.org/10.1080/02615479.2017.1401602>
- 84.Lee, S, Fenge, L (2016). Sexual well-being and physical disability. *British Journal of Social Work*, 46, 2263-2281. <https://doi.org/10.1093/BJSW/BCW107>
- 85.Leś, A, Bołdak, A (2024). Occupational burnout and quality of life of professionals working with people aged 65+ *Acta kinesiologicala*. <https://doi.org/10.51371/issn.1840-2976.2024.18.4.4>
- 86.Li, H et al. (2024). Stressors and Social Resources as Predictors of Sexual Minorities' Social Well-Being. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*. <https://doi.org/10.1080/26924951.2024.2389519>
- 87.Lowrance, S A et al. (2016). Sympathetic nervous system contributes to enhanced corticosterone levels following chronic stress. *Psychoneuroendocrinology*, 68, 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.02.027>
- 88.Mafishiraz, M (2023). Job Burnout in Women and the Need to Use Psychological Services and Counselling in Workplaces. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*. <https://doi.org/10.9734/jesbs/2023/v36i51223>
- 89.Maher, M et al. (2022). Female Reproductive Health Disturbance Experienced During the COVID-19 Pandemic Correlates With Mental Health Disturbance and Sleep Quality. *Frontiers in Endocrinology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.838886>
- 90.Mannion, H et al. (2024). Why regulation hurts: balancing the need to maintain standards with the mental health impact on public sector professionals. *BJPsych bulletin*, 1-4. <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.90>

91. Martin, K M, Woodgate, R (2020). Concept analysis: the holistic nature of sexual well-being. *Sexual and Relationship Therapy*, 35, 15 - 29. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1419567>
92. Maslach, C et al. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
93. Maslach, C, Jackson, S (1984). Burnout in organizational settings. <https://www.semanticscholar.org/paper/8038409c496dec8c7724569321d608ccea8a553>
94. Mastracci, S H, Adams, I (2018). Is Emotional Labor Easier in Collectivist or Individualist Cultures? An East–West Comparison. *Public Personnel Management*, 48, 325 - 344. <https://doi.org/10.1177/0091026018814569>
95. Mastro, S, Zimmer-Gembeck, M (2015). Let’s talk openly about sex: Sexual communication, self-esteem and efficacy as correlates of sexual well-being. *European Journal of Developmental Psychology*, 12, 579 - 598. <https://doi.org/10.1080/17405629.2015.1054373>
96. Maticka-Tyndale, E, Smylie, L (2008). Sexual Rights: Striking a Balance. *International Journal of Sexual Health*, 20, 24 - 7. <https://doi.org/10.1080/19317610802156996>
97. Meredith, C et al. (2020). ‘Burnout contagion’ among teachers: A social network approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. <https://doi.org/10.1111/joop.12296>
98. Mernone, L et al. (2019). Psychobiological Factors of Sexual Functioning in Aging Women – Findings From the Women 40+ Healthy Aging Study. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00546>
99. Miguel, I et al. (2024). Examining Sexual Well-being across the Lifespan: Assessing the Relationship between Sexual Satisfaction and Adjustment to Aging. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.706>
100. Miró, E et al. (2007). Relación entre el burnout o «síndrome de quemarse por el trabajo», la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19, 388-394.

<https://www.semanticscholar.org/paper/a2759c5a2065ae2b0b4d25045a91f3ad0459dd0e>

101. Molina-Barea, R et al. (2024). Health-Related Quality of Life and Psychosocial Variables in Women with Colorectal Pelvic Floor Dysfunction: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060668>
102. Nabi, F et al. (2024). Small molecule inhibits BACE1 activity by a dual mechanism confirmed by simulations-based study. *Journal of biomolecular structure & dynamics*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/07391102.2024.2435641>
103. Naeem, N et al. (2023). Parental Burnout and Marital Satisfaction of Married Individuals during COVID-19: Role of Gender and Family System. *Human Nature Journal of Social Sciences*. <https://doi.org/10.71016/hnjss/bh2q5513>
104. Nazri, N A et al. (2023). What is The Relationship between Burnout and Motivation to Learn? *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v13-i8/17735>
105. Newcombe, B C, Weaver, A D (2016). Mindfulness, cognitive distraction, and sexual well-being in women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25, 108 - 99. <https://doi.org/10.3138/CJHS.252-A3>
106. Nho, J (2021). The evolvement of sexual and reproductive health policies in Korea. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27, 272 - 274. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.11.30.1>
107. Nyatanga, B (2014). Avoiding burnout syndrome in palliative care. *British journal of community nursing*, 19(10), 515. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.10.515>
108. Orlandi, G et al. (2000). Transient autonomic nervous system dysfunction during hyperacute stroke. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2000.102005317.x>
109. Passler? C. et al. (2023). SEXUAL SELF-CONCEPT OF MIDDLE-AGED MEN AND ASSOCIATIONS WITH THEIR SEX LIVES: RESULTS

- FROM THE BAVARIAN MEN'S HEALTH STUDY. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad062.184>
110. Pervanidou, P, Chrousos, G (2018). Early-Life Stress: From Neuroendocrine Mechanisms to Stress-Related Disorders. *Hormone Research in Paediatrics*, 89, 372 - 379. <https://doi.org/10.1159/000488468>
111. Petry, S et al. (2019). Knowledge of nursing student on the prevention of sexually transmitted infections. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(5), 1145-1152. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0801>
112. Pinkleton, B et al. (2012). The Role of Media Literacy in Shaping Adolescents' Understanding of and Responses to Sexual Portrayals in Mass Media. *Journal of Health Communication*, 17, 460 - 476. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.635770>
113. Poenaru, S et al. (2021). COVID-19 and post-infectious myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: a narrative review. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 8. <https://doi.org/10.1177/20499361211009385>
114. Przychocka, I (2024). Strategies for counteracting professional burnout at the organizational and individual level as well as professional ethics as important factors in the work of public administration. *Catholic Pedagogy*. <https://doi.org/10.62266/pk.1898-3685.2024.34.07>
115. Qaderi, K et al. (2023). Changes in sexual activities, function, and satisfaction during the COVID-19 pandemic era: a systematic review and meta-analysis. *Sexual Medicine*, 11. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfad005>
116. Radu, L, Radu, B V (2023). "Politicization of Public Administration in Romania and its Consequences for Governance in Turbulent Times" *Transylvanian Review of Administrative Sciences*. <https://doi.org/10.24193/tras.si2023.8>
117. Rahmati, R, Mohebbi-dehnavi, Z (2018). The relationship between spiritual and emotional intelligence and sexual satisfaction of married women. *Journal of Education and Health Promotion*, 7. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_82\\_18](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_82_18)

118. Raise-Abdullahi, P et al. (2023). Hypothalamus and Post-Traumatic Stress Disorder: A Review. *Brain Sciences*, 13. <https://doi.org/10.3390/brainsci13071010>
119. Rambe, H, Pareke, F J (2024). Peran Mediasi Burnout dalam Pengaruh Emotional Exhaustion dan Work Overload Terhadap Job Performance PNS Pemerintah Daerah Provinsi Bengkulu. *Jesya*. <https://doi.org/10.36778/jesya.v7i1.1483>
120. Ramlachan, P, Naidoo, K (2024). Enhancing sexual health in primary care: Guidance for practitioners. *South African Family Practice*, 66. <https://doi.org/10.4102/safp.v66i1.5822>
121. Ramos, R et al. (2020). Practices for the prevention of sexually transmitted infections among university students. *Texto & Contexto - Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0006>
122. Raturi, P et al. (2021). Effect of satvavajaychikitsa (counselling and assurance) and shirodhara in the management of psychogenic erectile dysfunction: a case study. *International Ayurvedic Medical Journal*. <https://doi.org/10.46607/iamj3509112021>
123. Roberts, B L, Karatsoreos, I (2021). Brain–body responses to chronic stress: a brief review. *Faculty Reviews*, 10. <https://doi.org/10.12703/r/10-83>
124. Rodríguez, F M M et al. (2020). Influence of Resilience, Everyday Stress, Self-Efficacy, Self-Esteem, Emotional Intelligence, and Empathy on Attitudes toward Sexual and Gender Diversity Rights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176219>
125. Ronge, T A et al. (2013). SO213-SOPATRA – Fahrtbericht und erste Ergebnisse. <https://www.semanticscholar.org/paper/dfe19cc490b8b81d2dc039739af2d1d328a9abe9>

126. Rossi, M et al. (2023). Coping with burnout and the impact of the COVID-19 pandemic on workers' mental health: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1139260>
127. Ryan, E et al. (2023). The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1133484>
128. Sabie, O et al. (2024). Burnout and job satisfaction. A pilot study among employees of romanian cultural research institutions. *Applied Research in Administrative Sciences*. <https://doi.org/10.24818/aras/2024/5/1.01>
129. Sajdlova, R, Fiala, L (2022). Effect of increased prolactin and psychosocial stress on erectile function. *European Psychiatry*, 65, S279 - S279. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.715>
130. Saleh, S et al. (2024). Exploring the Intersection of Depression, Anxiety, and Sexual Health in Perimenopausal Women. *International Journal of Women's Health*, 16, 1315 - 1327. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S464129>
131. Salerno, F, Cazzaniga, M (2009). Autonomic dysfunction: often present but usually ignored in patients with liver disease. *Liver International*, 29. <https://doi.org/10.1111/j.1478-3231.2009.02141.x>
132. Salvagioni, D A J et al. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
133. Salyers, M P et al. (2015). Clinicians' perceptions of how burnout affects their work. *Psychiatric services*, 66(2), 204-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400138>
134. Sánchez-López, M et al. (2024). The four abilities of emotional intelligence as predictors of health risk behaviour: what role do impulsivity and sensitivity to reward play in this relationship? *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.498>

135. Sariraei, S A et al. (2024). From burnout to behavior: the dark side of emotional intelligence on optimal functioning across three managerial levels. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1338691>
136. Schick, V et al. (2010). Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women's Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 394 - 404. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x>
137. Schobert, K et al. (2021). I thought we were vibin': A qualitative exploration of sexual agency and consent in young people. *Sexualities*, 24, 906 - 921. <https://doi.org/10.1177/13634607211026457>
138. Scull, T et al. (2018). Understanding the unique role of media message processing in predicting adolescent sexual behavior intentions in the USA. *Journal of Children and Media*, 12, 258 - 274. <https://doi.org/10.1080/17482798.2017.1403937>
139. Seifen, T et al. (2022). The More You Know: Sexual Knowledge as a Predictor of Sexual Well-Being. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48, 779 - 788. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2053017>
140. Shaikh, B et al. (2024). Prevalence of Burnout Syndrome in Working Nurses. *International Journal of Pharmaceutical Research and Applications*. <https://doi.org/10.35629/4494-0906378381>
141. Shaltout, A E et al. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Working Physicians in Family Health Centres and Units in Port Said Governorate. *Asian Journal of Medicine and Health*. <https://doi.org/10.9734/ajmah/2023/v21i9853>
142. Shigeto, A, Scheier, L (2024). Promoting sexual well-being of college students through wellness programs. *Journal of American college health : J of ACH*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/07448481.2024.2393099>
143. Shoureshi, P et al. (2023). (072) Vaginal Lubrication Improves Sexual Desire Among Menopausal Women. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad061.068>

144. Simbar, M et al. (2024). The Relationship between Depression and Anxiety with Sexual Function in Postmenopausal Women: A Descriptive Correlational Study in Iran. *Current Women's Health Reviews*. <https://doi.org/10.2174/0115734048294281240325071804>
145. Simon, J et al. (2018). Sexual well-being after menopause: An International Menopause Society White Paper. *Climacteric*, 21, 415 - 427. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1482647>
146. Skomorovska, I et al. (2023). The Emergence of Professional-Emotional Burnout Syndrome in Teachers of Preschool Education Institutions: Factors, Symptoms, Stages, and Prevention. *Journal of Vasyl Stefanyk Precarpathian National University*. <https://doi.org/10.15330/jpnu.10.1.152-158>
147. Smets, E et al. (2004). Perceived inequity: does it explain burnout among medical specialists? *Annals of Medicine*. <https://doi.org/10.1111/J.1559-1816.2004.TB02592.X>
148. Spataro, B et al. (2016). The Toxicity of Self-Blame: Sex Differences in Burnout and Coping in Internal Medicine Trainees. *Journal of women's health*, 25(11), 1147-1152. <https://doi.org/10.1089/JWH.2015.5604>
149. Spytyska, L (2024). Psychocorrection of Male Sexual Dysfunctions: A Clinical Study in Ukraine. *American Journal of Men's Health*, 18. <https://doi.org/10.1177/15579883241304583>
150. Steinke, E et al. (2013). Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *European heart journal*, 34(41), 3217-35. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz270>
151. Stockman, D et al. (2024). Psychological Distress and Relational Intimacy following Sexual Violence: A Longitudinal Study. *Psychologica Belgica*, 64, 185 - 200. <https://doi.org/10.5334/pb.1240>

152. Stoyanova, K, Stoyanov, D (2021). Sense of Coherence and Burnout in Healthcare Professionals in the COVID-19 Era. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.709587>
153. Suzuki, Y et al. (2017). Burnout among public servants after the Great East Japan Earthquake: decomposing the construct aftermath of disaster. *Journal of Occupational Health*, 59, 156 - 164. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0263-OA>
154. Syam, A F (2021). Indonesian Health Workers during COVID-19 Pandemic. *The Indonesian Journal of Community and Occupational Medicine*. <https://doi.org/10.53773/ijcom.v1i2.25.41-3>
155. Tan, X et al. (2024). Relationship between sexual dysfunction and burnout among physicians in primary hospital: a cross-sectional study. *The journal of sexual medicine*. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae147>
156. Therriault, C et al. (2022). Integration of Sexual and Relational Mental Representations in Autobiographical Memories is Associated with Sexual Well-Being. *Sexual and Relationship Therapy*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/72pk8>
157. Træen, B et al. (2017). Sexuality in Older Adults (65+)—An Overview of The Recent Literature, Part 2: Body Image and Sexual Satisfaction. *International Journal of Sexual Health*, 29, 11 - 21. <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1227012>
158. Trejo, N L A, Marínez, J Á C (2023). Premenstrual dysphoric disorder and its psychological affectation in the workplace. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*. <https://doi.org/10.29057/jbapr.v5i9.7750>
159. Tremayne, P, Norton, W (2017). Sexuality and the older woman. *British journal of nursing*, 26(14), 819-824. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.14.819>
160. Tsirimokos, G et al. (2023). Till Work Do us Part. An Investigation of Occupational Burnout, Familial Relationships, and Quality of Life. *International Journal of Health Sciences and Research*. <https://doi.org/10.52403/ijhsr.20231211>

161. Varela, J P d V et al. (2024). THE IMPACT OF BURNOUT SYNDROME IN MEDICINE. *Health and Society*. <https://doi.org/10.51249/hs.v4i02.2024>
162. Vasconcelos, P A et al. (2024). Biopsychosocial determinants of sexual health in older age: the role of health-related, relationship, and psychosexual factors. *The journal of sexual medicine*. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae027>
163. Ventura-Aquino, E, Paredes, R (2017). Animal Models in Sexual Medicine: The Need and Importance of Studying Sexual Motivation. *Sexual medicine reviews*, 5(1), 5-19. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.07.003>
164. Wendołowska, A M et al. (2022). The Role of Attachment and Dyadic Coping in Shaping Relational Intimacy: Actor–Partner Interdependence Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316211>
165. Wylie, K (2021). Masters & Johnson – their unique contribution to sexology. *BJPsych Advances*, 28, 163 - 165. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.53>
166. Xiao, Y et al. (2022). Burnout and Well-Being Among Medical Professionals in China: A National Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.761706>
167. Yildiz, M, Duy, B (2013). Improving Empathy and Communication Skills of Visually Impaired Early Adolescents through a Psycho-Education Program. *Kuram Ve Uygulamada Egitim Bilimleri*, 13, 1470-1476. <https://www.semanticscholar.org/paper/a6456c3b98133cf51f2f1ce136c5d7cd9891ba06>
168. Youseflu, S et al. (2020). Influence of Psycho-Sexual Factors on the Quality of Life of Iranian Infertile Women: A Path Analysis. *International Journal of Sexual Health*, 32, 216 - 224. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1775748>
169. Yu, D P L (2024). (197) Exploring the connotation of sexual well-being. *The Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae041.095>
170. Ziegler, N d S et al. (2023). Impact of the covid-19 pandemic on mental health and sexuality of female doctors. *PLOS ONE*, 18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281321>



## ДОДАТКИ

Додаток А,  
Таблиця А.1

	Середнє	Медіана	Мода	SD	Мінімум	Максимум	Статистика	p
<b>Вік</b>	33.46	32.50	32.00	7.387	20	46		
<b>Рівень відповідальності на роботі</b>	4.44	5.00	5.00	0.728	3	5	0.0722	0.414
<b>Особисте вигорання</b>	53.56	52.00	71.00	20.090	17	100	0.0997	0.102
<b>Професійне вигорання</b>	55.20	57.00	61.00	21.206	7	100	0.2079	< .001
<b>Клієнто-орієнтоване вигорання</b>	44.68	50.00	54.00	26.464	0	100	0.1735	< .001
<b>Егоцентрична шкала</b>	36.32	38.50	40.00	9.729	10	50	0.1607	< .001
<b>Діяльнісно-орієнтована шкала</b>	35.72	38.00	40.00	10.823	10	50	0.1315	0.011
<b>Шкала сексуального благополуччя</b>	72.04	76.00	80.00	19.185	20	100	0.1302	0.012
<b>Шкала тривоги</b>	6.38	5.50	4.00	4.807	0	20	0.1175	0.032
<b>Шкала депресії</b>	6.10	5.50	3.00	4.191	0	21	0.0722	0.414

Таблиця А.2

## Independent Samples T-Test

		<b>Statistic</b>	<b>p</b>
Рівень відповідальності на роботі	Mann-Whitney U	2367	0.481
Особисте вигорання	Mann-Whitney U	1692	< .001
Професійне вигорання	Mann-Whitney U	1796	0.004
Клієнто-орієнтоване вигорання	Mann-Whitney U	2075	0.074
Егоцентрична шкала	Mann-Whitney U	2016	0.043
Діяльнісно-орієнтована шкала	Mann-Whitney U	2417	0.669
Шкала сексуального благополуччя	Mann-Whitney U	2273	0.318
Шкала тривоги	Mann-Whitney U	1161	< .001
Шкала депресії	Mann-Whitney U	1692	< .001

Note.  $H_a \mu_{\text{чоловік}} \neq \mu_{\text{жінка}}$

## Group Descriptives

	<b>Group</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Рівень відповідальності на роботі	Чоловік	99	4.39	5.00	0.780	0.0784
	Жінка	51	4.53	5.00	0.612	0.0856
Особисте вигорання	Чоловік	99	49.12	50.00	17.199	1.7286
	Жінка	51	62.18	67.00	22.544	3.1568
Професійне вигорання	Чоловік	99	51.88	50.00	19.100	1.9197
	Жінка	51	61.65	64.00	23.680	3.3159
Клієнто-орієнтоване вигорання	Чоловік	99	42.06	50.00	27.655	2.7795
	Жінка	51	49.76	54.00	23.409	3.2779
Егоцентрична шкала	Чоловік	99	37.39	39.00	9.324	0.9371
	Жінка	51	34.24	38.00	10.244	1.4345
Діяльнісно-орієнтована шкала	Чоловік	99	35.27	38.00	11.698	1.1757
	Жінка	51	36.59	37.00	8.927	1.2500
Шкала сексуального благополуччя	Чоловік	99	72.67	77.00	19.638	1.9736
	Жінка	51	70.82	74.00	18.403	2.5769
Шкала тривоги	Чоловік	99	4.76	4.00	3.447	0.3464
	Жінка	51	9.53	8.00	5.500	0.7702
Шкала депресії	Чоловік	99	5.21	5.00	3.471	0.3488
	Жінка	51	7.82	8.00	4.914	0.6881

Таблиця А.3

## Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Рівень відповідальності на роботі	Mann-Whitney U	734	0.048
Особисте вигорання	Mann-Whitney U	887	0.430
Професійне вигорання	Mann-Whitney U	716	0.063
Клієнто-орієнтоване вигорання	Mann-Whitney U	500	0.001
Егоцентрична шкала	Mann-Whitney U	999	0.935
Діяльнісно-орієнтована шкала	Mann-Whitney U	923	0.574
Шкала сексуального благополуччя	Mann-Whitney U	900	0.482
Шкала тривоги	Mann-Whitney U	612	0.012
Шкала депресії	Mann-Whitney U	842	0.283

Note.  $H_a \mu_{\text{Так}} \neq \mu_{\text{Ні}}$

## Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Так	15	4.80	5.00	0.414	0.107
	Ні	135	4.40	5.00	0.745	0.0641
Особисте вигорання	Так	15	56.00	54.00	13.964	3.606
	Ні	135	53.29	50.00	20.681	1.7799
Професійне вигорання	Так	15	64.40	61.00	17.622	4.550
	Ні	135	54.18	54.00	21.379	1.8400
Клієнто-орієнтоване вигорання	Так	15	61.80	67.00	17.644	4.556
	Ні	135	42.78	46.00	26.641	2.2929
Егоцентрична шкала	Так	15	38.20	38.00	2.210	0.571
	Ні	135	36.11	39.00	10.212	0.8789
Діяльнісно-орієнтована шкала	Так	15	33.80	38.00	13.197	3.408
	Ні	135	35.93	38.00	10.564	0.9092
Шкала сексуального благополуччя	Так	15	72.00	74.00	14.177	3.661
	Ні	135	72.04	76.00	19.704	1.6959
Шкала тривоги	Так	15	8.60	8.00	3.738	0.965
	Ні	135	6.13	5.00	4.860	0.4183
Шкала депресії	Так	15	6.80	6.00	3.668	0.947
	Ні	135	6.02	5.00	4.250	0.3658

Таблиця А.4

## Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\varepsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	1.86	3	0.601	0.0125
Особисте вигорання	3.00	3	0.391	0.0201
Професійне вигорання	14.76	3	0.002	0.0990
Клієнто-орієнтоване вигорання	9.84	3	0.020	0.0661
Егоцентрична шкала	5.87	3	0.118	0.0394
Діяльнісно-орієнтована шкала	11.52	3	0.009	0.0773
Шкала сексуального благополуччя	7.94	3	0.047	0.0533
Шкала тривоги	9.12	3	0.028	0.0612
Шкала депресії	11.47	3	0.009	0.0770

## Group Descriptives

	Сімейний стан	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Самотній/а	21	4.57	0.746	0.1629
	У стосунках	27	4.44	0.698	0.1343
	Одружений/заміжня	87	4.38	0.766	0.0821
	Розлучений/а	15	4.60	0.507	0.1309
Особисте вигорання	Самотній/а	21	53.71	23.848	5.2040
	У стосунках	27	49.22	18.203	3.5031
	Одружений/заміжня	87	53.31	18.153	1.9462
	Розлучений/а	15	62.60	26.822	6.9253
Професійне вигорання	Самотній/а	21	58.14	12.375	2.7003
	У стосунках	27	50.44	21.187	4.0774
	Одружений/заміжня	87	52.31	21.331	2.2870
	Розлучений/а	15	76.40	18.662	4.8184
Клієнто-орієнтоване вигорання	Самотній/а	21	41.71	21.062	4.5961
	У стосунках	27	45.44	20.045	3.8576
	Одружений/заміжня	87	41.93	26.848	2.8784
	Розлучений/а	15	63.40	34.768	8.9771
Егоцентрична шкала	Самотній/а	21	32.43	10.405	2.2705
	У стосунках	27	41.00	6.895	1.3269
	Одружений/заміжня	87	36.52	9.228	0.9894
	Розлучений/а	15	32.20	12.565	3.2443
Діяльнісно-орієнтована шкала	Самотній/а	21	32.43	11.196	2.4432
	У стосунках	27	39.33	11.559	2.2246
	Одружений/заміжня	87	36.10	10.087	1.0814
	Розлучений/а	15	31.60	11.575	2.9885

## Group Descriptives

	<b>Сімейний стан</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Шкала сексуального благополуччя	Самотній/а	21	64.86	21.131	4.6112
	У стосунках	27	80.33	16.425	3.1609
	Одружений/заміжня	87	72.62	17.656	1.8930
	Розлучений/а	15	63.80	24.048	6.2092
Шкала тривоги	Самотній/а	21	6.00	2.258	0.4928
	У стосунках	27	5.78	5.388	1.0368
	Одружений/заміжня	87	5.93	4.451	0.4772
	Розлучений/а	15	10.60	6.468	1.6699
Шкала депресії	Самотній/а	21	5.43	3.414	0.7451
	У стосунках	27	4.89	3.238	0.6232
	Одружений/заміжня	87	5.86	3.695	0.3962
	Розлучений/а	15	10.60	6.434	1.6613

Таблиця А.5

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	2.25	2	0.325	0.0151
Особисте вигорання	12.98	2	0.002	0.0871
Професійне вигорання	17.84	2	<.001	0.1197
Клієнто-орієнтоване вигорання	12.88	2	0.002	0.0864
Егоцентрична шкала	9.78	2	0.008	0.0656
Діяльнісно-орієнтована шкала	8.14	2	0.017	0.0547
Шкала сексуального благополуччя	9.11	2	0.011	0.0611
Шкала тривоги	12.33	2	0.002	0.0828
Шкала депресії	15.20	2	<.001	0.1020

Group Descriptives

	Рівень доходу	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	більше 30 тис. грн	90	4.43	0.765	0.0806
	від 15 до 30 тис. грн	57	4.42	0.680	0.0901
	до 15 тис. грн	3	5.00	0.000	0.0000
Особисте вигорання	більше 30 тис. грн	90	49.30	17.848	1.8813
	від 15 до 30 тис. грн	57	57.84	20.107	2.6632
	до 15 тис. грн	3	100.00	0.000	0.0000
Професійне вигорання	більше 30 тис. грн	90	50.30	22.414	2.3627
	від 15 до 30 тис. грн	57	60.58	14.915	1.9756
	до 15 тис. грн	3	100.00	0.000	0.0000
Клієнто-орієнтоване вигорання	більше 30 тис. грн	90	40.13	27.627	2.9122
	від 15 до 30 тис. грн	57	48.95	20.848	2.7613
	до 15 тис. грн	3	100.00	0.000	0.0000
Егоцентрична шкала	більше 30 тис. грн	90	37.07	10.069	1.0614
	від 15 до 30 тис. грн	57	36.53	7.256	0.9611
	до 15 тис. грн	3	10.00	0.000	0.0000
Діяльнісно-орієнтована шкала	більше 30 тис. грн	90	35.83	10.812	1.1397
	від 15 до 30 тис. грн	57	36.89	9.435	1.2497
	до 15 тис. грн	3	10.00	0.000	0.0000
Шкала сексуального благополуччя	більше 30 тис. грн	90	72.90	20.049	2.1133
	від 15 до 30 тис. грн	57	73.42	13.865	1.8365
	до 15 тис. грн	3	20.00	0.000	0.0000
Шкала тривоги	більше 30 тис. грн	90	5.73	4.843	0.5105
	від 15 до 30 тис. грн	57	6.68	3.675	0.4868
	до 15 тис. грн	3	20.00	0.000	0.0000

## Group Descriptives

	<b>Рівень доходу</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Шкала депресії	більше 30 тис. грн	90	5.37	3.976	0.4191
	від 15 до 30 тис. грн	57	6.47	2.953	0.3911
	до 15 тис. грн	3	21.00	0.000	0.0000

Таблиця А.6

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	11.99	3	0.007	0.0805
Особисте вигорання	3.51	3	0.320	0.0235
Професійне вигорання	3.45	3	0.327	0.0232
Клієнто-орієнтоване вигорання	4.66	3	0.199	0.0313
Егоцентрична шкала	4.66	3	0.199	0.0312
Діяльнісно-орієнтована шкала	14.60	3	0.002	0.0980
Шкала сексуального благополуччя	10.55	3	0.014	0.0708
Шкала тривоги	16.47	3	<.001	0.1105
Шкала депресії	16.55	3	<.001	0.1111

Group Descriptives

	Місце проживання	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	4.65	0.659	0.0851
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	4.29	0.771	0.0971
	Селище міського типу	9	4.00	0.866	0.2887
	Село	18	4.50	0.514	0.1213
Особисте вигорання	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	55.20	20.624	2.6625
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	53.33	19.074	2.4031
	Селище міського типу	9	40.33	17.586	5.8618
	Село	18	55.50	21.971	5.1787
Професійне вигорання	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	55.45	23.400	3.0210
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	56.67	19.495	2.4562
	Селище міського типу	9	52.33	6.727	2.2423
	Село	18	50.67	24.478	5.7695
Клієнто-орієнтоване вигорання	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	41.70	25.434	3.2835
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	49.14	25.506	3.2134
	Селище міського типу	9	35.00	27.780	9.2601
	Село	18	43.83	31.651	7.4602
Егоцентрична шкала	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	36.30	8.821	1.1388
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	37.67	8.185	1.0313
	Селище міського типу	9	29.33	13.029	4.3429
	Село	18	35.17	14.189	3.3443

## Group Descriptives

	Місце проживання	N	Mean	SD	SE
Діяльнісно-орієнтована шкала	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	37.55	7.762	1.0021
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	36.67	9.981	1.2574
	Селище міського типу	9	18.67	13.000	4.3333
	Село	18	34.83	14.313	3.3735
Шкала сексуального благополуччя	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	73.85	15.231	1.9664
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	74.33	16.719	2.1064
	Селище міського типу	9	48.00	22.962	7.6540
	Село	18	70.00	28.491	6.7155
Шкала тривоги	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	8.00	5.269	0.6802
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	5.62	3.103	0.3909
	Селище міського типу	9	3.67	2.179	0.7265
	Село	18	5.00	7.178	1.6920
Шкала депресії	Місто (з населенням понад 1 млн)	60	7.05	4.176	0.5391
	Місто (100 тис. – 1 млн)	63	5.81	2.862	0.3605
	Селище міського типу	9	2.33	1.000	0.3333
	Село	18	5.83	7.213	1.7002

Таблиця А.7

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	12.08	4	0.017	0.0811
Особисте вигорання	3.13	4	0.537	0.0210
Професійне вигорання	10.29	4	0.036	0.0690
Клієнто-орієнтоване вигорання	20.59	4	<.001	0.1382
Егоцентрична шкала	7.45	4	0.114	0.0500
Діяльнісно-орієнтована шкала	9.58	4	0.048	0.0643
Шкала сексуального благополуччя	7.62	4	0.107	0.0511
Шкала тривоги	8.41	4	0.078	0.0564
Шкала депресії	3.90	4	0.420	0.0262

Group Descriptives

	Стаж роботи на державній службі	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Менше 1 року	6	4.50	0.548	0.2236
	1–3 роки	6	5.00	0.000	0.0000
	3–5 років	18	4.67	0.485	0.1143
	5–10 років	66	4.23	0.800	0.0985
	Понад 10 років	54	4.56	0.691	0.0941
Особисте вигорання	Менше 1 року	6	62.50	41.079	16.7705
	1–3 роки	6	65.00	2.191	0.8944
	3–5 років	18	53.00	23.070	5.4377
	5–10 років	66	53.68	17.970	2.2120
	Понад 10 років	54	51.33	19.474	2.6501
Професійне вигорання	Менше 1 року	6	64.50	38.888	15.8761
	1–3 роки	6	71.50	11.502	4.6957
	3–5 років	18	49.50	18.318	4.3177
	5–10 років	66	58.68	20.282	2.4965
	Понад 10 років	54	50.00	20.084	2.7331
Клієнто-орієнтоване вигорання	Менше 1 року	6	58.50	45.461	18.5594
	1–3 роки	6	14.50	15.884	6.4846
	3–5 років	18	56.33	19.063	4.4933
	5–10 років	66	48.05	26.696	3.2860
	Понад 10 років	54	38.50	23.143	3.1494
Егоцентрична шкала	Менше 1 року	6	23.50	14.789	6.0374
	1–3 роки	6	39.00	1.095	0.4472
	3–5 років	18	37.17	7.189	1.6944

## Group Descriptives

	Стаж роботи на державній службі	N	Mean	SD	SE
Діяльнісно-орієнтована шкала	5–10 років	66	36.50	9.811	1.2076
	Понад 10 років	54	36.94	9.519	1.2954
	Менше 1 року	6	23.50	14.789	6.0374
	1–3 роки	6	36.00	2.191	0.8944
	3–5 років	18	36.17	13.514	3.1852
	5–10 років	66	34.86	10.600	1.3048
Шкала сексуального благополуччя	Понад 10 років	54	37.94	9.430	1.2832
	Менше 1 року	6	47.00	29.577	12.0748
	1–3 роки	6	75.00	1.095	0.4472
	3–5 років	18	73.33	17.898	4.2187
	5–10 років	66	71.36	19.099	2.3509
Шкала тривоги	Понад 10 років	54	74.89	17.905	2.4366
	Менше 1 року	6	12.00	8.764	3.5777
	1–3 роки	6	8.00	1.095	0.4472
	3–5 років	18	7.17	4.462	1.0518
	5–10 років	66	5.73	4.777	0.5880
Шкала депресії	Понад 10 років	54	6.11	4.307	0.5862
	Менше 1 року	6	11.50	10.407	4.2485
	1–3 роки	6	6.00	2.191	0.8944
	3–5 років	18	7.00	3.850	0.9075
	5–10 років	66	6.09	3.745	0.4609
	Понад 10 років	54	5.22	3.522	0.4792

Таблиця А.8

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\varepsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	10.72	2	0.005	0.0719
Особисте вигорання	1.49	2	0.474	0.0100
Професійне вигорання	2.93	2	0.231	0.0197
Клієнто-орієнтоване вигорання	4.05	2	0.132	0.0272
Егоцентрична шкала	2.14	2	0.344	0.0143
Діяльнісно-орієнтована шкала	2.50	2	0.286	0.0168
Шкала сексуального благополуччя	1.67	2	0.433	0.0112
Шкала тривоги	3.09	2	0.214	0.0207
Шкала депресії	6.53	2	0.038	0.0438

Group Descriptives

	Щотижневе робоче навантаження (годин)	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	20–40	6	3.50	0.548	0.2236
	40–60	99	4.45	0.704	0.0707
	Понад 60	45	4.53	0.726	0.1082
Особисте вигорання	20–40	6	50.00	0.000	0.0000
	40–60	99	54.73	18.766	1.8861
	Понад 60	45	51.47	23.940	3.5687
Професійне вигорання	20–40	6	50.00	0.000	0.0000
	40–60	99	57.24	20.751	2.0855
	Понад 60	45	51.40	23.149	3.4509
Клієнто-орієнтоване вигорання	20–40	6	25.00	27.386	11.1803
	40–60	99	45.09	27.389	2.7527
	Понад 60	45	46.40	23.650	3.5256
Егоцентрична шкала	20–40	6	26.00	15.336	6.2610
	40–60	99	37.00	8.233	0.8274
	Понад 60	45	36.20	11.281	1.6816
Діяльнісно-орієнтована шкала	20–40	6	25.00	16.432	6.7082
	40–60	99	37.61	7.622	0.7661
	Понад 60	45	33.00	14.331	2.1363
Шкала сексуального благополуччя	20–40	6	51.00	31.768	12.9692
	40–60	99	74.61	14.523	1.4596
	Понад 60	45	69.20	24.052	3.5854

## Group Descriptives

	<b>Щотижневе робоче навантаження (годин)</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Шкала тривоги	20–40	6	3.50	2.739	1.1180
	40–60	99	6.45	4.350	0.4372
	Понад 60	45	6.60	5.836	0.8700
Шкала депресії	20–40	6	2.50	0.548	0.2236
	40–60	99	5.94	3.070	0.3085
	Понад 60	45	6.93	5.994	0.8935

Таблиця А.9

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\varepsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	6.96	2	0.031	0.0467
Особисте вигорання	7.26	2	0.026	0.0488
Професійне вигорання	8.08	2	0.018	0.0542
Клієнто-орієнтоване вигорання	3.95	2	0.139	0.0265
Егоцентрична шкала	8.85	2	0.012	0.0594
Діяльнісно-орієнтована шкала	11.13	2	0.004	0.0747
Шкала сексуального благополуччя	10.43	2	0.005	0.0700
Шкала тривоги	11.38	2	0.003	0.0763
Шкала депресії	5.39	2	0.068	0.0362

Group Descriptives

		Чи впливають робочі обов'язки на Ваше особисте життя?	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Так		57	4.53	0.758	0.1005
	Частково		60	4.50	0.676	0.0873
	Ні		33	4.18	0.727	0.1265
Особисте вигорання	Так		57	59.05	19.731	2.6134
	Частково		60	49.85	18.237	2.3543
	Ні		33	50.82	22.307	3.8831
Професійне вигорання	Так		57	59.63	20.434	2.7066
	Частково		60	55.70	22.574	2.9143
	Ні		33	46.64	17.676	3.0769
Клієнто-орієнтоване вигорання	Так		57	49.37	29.545	3.9133
	Частково		60	41.05	25.034	3.2319
	Ні		33	43.18	22.620	3.9376
Егоцентрична шкала	Так		57	32.63	11.101	1.4704
	Частково		60	39.00	6.265	0.8088
	Ні		33	37.82	10.614	1.8476
Діяльнісно-орієнтована шкала	Так		57	30.37	13.437	1.7798
	Частково		60	38.80	7.353	0.9492
	Ні		33	39.36	6.878	1.1972
Шкала сексуального благополуччя	Так		57	63.00	23.134	3.0642
	Частково		60	77.80	11.998	1.5490
	Ні		33	77.18	16.635	2.8957

## Group Descriptives

	<b>Чи впливають робочі обов'язки на Ваше особисте життя?</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Шкала тривоги	Так	57	8.47	5.931	0.7856
	Частково	60	5.45	3.712	0.4792
	Ні	33	4.45	2.717	0.4729
Шкала депресії	Так	57	7.37	5.280	0.6994
	Частково	60	5.65	3.318	0.4284
	Ні	33	4.73	2.742	0.4773

Таблиця А.10

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	8.16	2	0.017	0.0548
Особисте вигорання	21.62	2	< .001	0.1451
Професійне вигорання	26.28	2	< .001	0.1764
Клієнто-орієнтоване вигорання	35.04	2	< .001	0.2351
Егоцентрична шкала	13.50	2	0.001	0.0906
Діяльнісно-орієнтована шкала	12.31	2	0.002	0.0826
Шкала сексуального благополуччя	13.50	2	0.001	0.0906
Шкала тривоги	18.16	2	< .001	0.1218
Шкала депресії	17.61	2	< .001	0.1182

Group Descriptives

		Чи відчуваєте Ви підтримку колег і керівництва?	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Так, безумовно		24	4.75	0.442	0.0903
	Частково		84	4.29	0.800	0.0873
	Ні		42	4.57	0.630	0.0972
Особисте вигорання	Так, безумовно		24	38.25	12.277	2.5060
	Частково		84	53.89	18.586	2.0278
	Ні		42	61.64	21.878	3.3758
Професійне вигорання	Так, безумовно		24	37.13	18.859	3.8497
	Частково		84	54.71	18.066	1.9711
	Ні		42	66.50	21.247	3.2785
Клієнто-орієнтоване вигорання	Так, безумовно		24	23.63	15.211	3.1049
	Частково		84	42.25	24.309	2.6524
	Ні		42	61.57	25.595	3.9495
Егоцентрична шкала	Так, безумовно		24	40.00	10.241	2.0904
	Частково		84	37.18	9.082	0.9909
	Ні		42	32.50	9.683	1.4942
Діяльнісно-орієнтована шкала	Так, безумовно		24	40.88	9.534	1.9461
	Частково		84	37.25	9.084	0.9912
	Ні		42	29.71	12.262	1.8921
Шкала сексуального благополуччя	Так, безумовно		24	80.88	17.406	3.5531
	Частково		84	74.43	17.523	1.9119
	Ні		42	62.21	19.742	3.0462

## Group Descriptives

	<b>Чи відчуваєте Ви підтримку колег і керівництва?</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>
Шкала тривоги	Так, безумовно	24	4.63	3.854	0.7867
	Частково	84	5.50	4.340	0.4735
	Ні	42	9.14	5.130	0.7916
Шкала депресії	Так, безумовно	24	3.88	2.818	0.5752
	Частково	84	5.54	3.232	0.3526
	Ні	42	8.50	5.366	0.8280

Таблиця А.11

Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\varepsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	8.27	2	0.016	0.0555
Особисте вигорання	42.04	2	< .001	0.2821
Професійне вигорання	44.76	2	< .001	0.3004
Клієнто-орієнтоване вигорання	40.55	2	< .001	0.2722
Егоцентрична шкала	34.09	2	< .001	0.2288
Діяльнісно-орієнтована шкала	8.50	2	0.014	0.0571
Шкала сексуального благополуччя	19.52	2	< .001	0.1310

Group Descriptives

	Шкала тривоги - рівень	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Нормальний прояв	96	4.31	0.772	0.0788
	На межі ненормального	33	4.73	0.452	0.0787
	Не нормальний прояв	21	4.57	0.746	0.1629
Особисте вигорання	Нормальний прояв	96	46.22	17.044	1.7396
	На межі ненормального	33	60.09	17.565	3.0576
	Не нормальний прояв	21	76.86	15.311	3.3411
Професійне вигорання	Нормальний прояв	96	47.66	19.038	1.9430
	На межі ненормального	33	61.73	18.089	3.1489
	Не нормальний прояв	21	79.43	12.048	2.6291
Клієнто-орієнтоване вигорання	Нормальний прояв	96	34.91	21.917	2.2369
	На межі ненормального	33	60.00	29.445	5.1257
	Не нормальний прояв	21	65.29	16.032	3.4984
Егоцентрична шкала	Нормальний прояв	96	39.91	7.478	0.7632
	На межі ненормального	33	30.55	9.559	1.6641
	Не нормальний прояв	21	29.00	10.968	2.3934
Діяльнісно-орієнтована шкала	Нормальний прояв	96	37.09	10.571	1.0789
	На межі ненормального	33	36.27	8.980	1.5632
	Не нормальний прояв	21	28.57	12.233	2.6696
Шкала сексуального благополуччя	Нормальний прояв	96	77.00	17.032	1.7383
	На межі ненормального	33	66.82	17.800	3.0986
	Не нормальний прояв	21	57.57	21.777	4.7522

Таблиця А.12

## Kruskal-Wallis

	$\chi^2$	df	p	$\epsilon^2$
Рівень відповідальності на роботі	4.09	2	0.130	0.0274
Особисте вигорання	49.99	2	< .001	0.3355
Професійне вигорання	40.83	2	< .001	0.2741
Клієнто-орієнтоване вигорання	31.08	2	< .001	0.2086
Егоцентрична шкала	34.91	2	< .001	0.2343
Діяльнісно-орієнтована шкала	11.80	2	0.003	0.0792
Шкала сексуального благополуччя	21.64	2	< .001	0.1452

## Group Descriptives

	Шкала депресії - рівень	N	Mean	SD	SE
Рівень відповідальності на роботі	Нормальний прояв	99	4.36	0.735	0.0738
	На межі ненормального	30	4.60	0.675	0.1232
	Не нормальний прояв	21	4.57	0.746	0.1629
Особисте вигорання	Нормальний прояв	99	45.61	16.793	1.6877
	На межі ненормального	30	63.00	16.799	3.0671
	Не нормальний прояв	21	77.57	12.797	2.7925
Професійне вигорання	Нормальний прояв	99	47.42	18.802	1.8897
	На межі ненормального	30	70.30	18.376	3.3549
	Не нормальний прояв	21	70.29	15.748	3.4366
Клієнто-орієнтоване вигорання	Нормальний прояв	99	36.91	24.266	2.4388
	На межі ненормального	30	56.30	27.999	5.1119
	Не нормальний прояв	21	64.71	16.511	3.6030
Егоцентрична шкала	Нормальний прояв	99	39.73	7.539	0.7577
	На межі ненормального	30	31.10	9.546	1.7429
	Не нормальний прояв	21	27.71	10.882	2.3746
Діяльнісно-орієнтована шкала	Нормальний прояв	99	37.52	10.634	1.0688
	На межі ненормального	30	34.00	9.563	1.7459
	Не нормальний прояв	21	29.71	11.301	2.4661
Шкала сексуального благополуччя	Нормальний прояв	99	77.24	17.062	1.7148
	На межі ненормального	30	65.10	16.628	3.0359
	Не нормальний прояв	21	57.43	22.004	4.8016